



Universidad
Zaragoza

Trabajo Fin de Grado

El autoestigma en salud mental: Una mirada desde el Trabajo Social

Self-stigma in mental health: A view from Social Work

Autor/es

Sara Gresa Muñoz

Director/es

Eva María Garcés Trullenque

Facultad de Ciencias Sociales y del Trabajo / Grado en Trabajo Social

2022-2023

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN	4
2. MARCO TEÓRICO	5
2.1 El estigma en salud mental.....	5
2.2 Repercusiones del estigma	6
2.3 El proceso de formación del estigma y del autoestigma.....	7
2.4 El autoestigma	8
2.5 Estigma y autoestigma en los diferentes trastornos mentales	9
2.6 Sobre la identidad del individuo	10
2.7 Afectación del autoestigma a la calidad de vida	13
2.8 El papel del Trabajo Social frente al autoestigma	16
3. LA INVESTIGACIÓN	17
3.1 Objetivos del trabajo	17
3.2 Hipótesis planteadas	18
3.3 Muestra	18
4. METODOLOGÍA.....	18
4.1 Metodología utilizada.....	18
4.2 Técnica para la recogida de información.....	19
4.3 Diseño de la investigación	20
5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS	22
5.1 Desconocimiento social de las enfermedades mentales	22
5.2 Rechazo social.....	24
5.3 Estigma social	26
5.4 Autoestigma	27
6. DISCUSIÓN	29
7. CONCLUSIONES	30
8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	32
9. ANEXOS.....	34

RESUMEN

Existe una estrecha relación entre la estigmatización y la salud mental. El estigma se basa en prejuicios y estereotipos que dan lugar a situaciones de discriminación, dificultando así las opciones de recuperación e inclusión social de aquellas personas que tienen un diagnóstico de salud mental.

Como consecuencia de esto, las personas con diagnóstico de salud mental, en ocasiones, interiorizan las creencias que se aplican al estigma, dando lugar al autoestigma. Este puede llevar a la persona a tener sentimientos de vergüenza, a creer que no es merecedora de ayuda, a aislarse, a disminuir su autoestima, entre otras repercusiones.

La investigación realizada en este trabajo sobre el autoestigma en salud mental pretende conocer y visibilizar la realidad de las personas con diagnóstico de salud mental.

PALABRAS CLAVE

Estigma, autoestigma, diagnóstico de salud mental, Trabajo Social, grupo de discusión.

ABSTRACT

There is a close relationship between stigma and mental health. Stigma is based on prejudices and stereotypes that give rise to situations of discrimination, thus hindering the options for recovery and social inclusion of those people who have a mental health diagnosis.

As a consequence, people with a mental health diagnosis sometimes internalize the beliefs that apply to the stigma, giving rise to self-stigma. This can lead the person to have feelings of shame, to believe that they aren't worthy of help, to isolate themselves, to lower their self-esteem, among other repercussions.

The research carried out in this work on self-stigma in mental health aims to know and make visible the reality of people with a mental health diagnosis.

KEY WORDS

Stigma, self-stigma, mental health diagnosis, Social Work, discussion group.

1. INTRODUCCIÓN Y JUSTIFICACIÓN

Tal y como lo define la Organización Mundial de la Salud ([OMS]), la salud mental es un estado de bienestar en el que cada individuo incrementa sus posibilidades y capacidades, es capaz de afrontar las tensiones de la vida, puede trabajar de forma provechosa y puede contribuir a su comunidad (OMS, 2022). Siguiendo a esta organización, se estableció que en el año 2019 una de cada ocho personas en el mundo, es decir, 970 millones de personas aproximadamente, padecen un trastorno mental (OMS, 2022).

Las personas que tienen un diagnóstico de salud mental sufren estigma, marginación, exclusión social y autoestigma, entre otras cosas. Atendiendo al autoestigma, eje sobre el que se centra el presente trabajo, este tiene consecuencias negativas en las personas con diagnóstico de salud mental. Algunas de estas son la reticencia para pedir ayuda, llevar a cabo estrategias para ocultar su diagnóstico, así como no contárselo a los demás por miedo a lo que puedan pensar, entre otras.

El tema propuesto para este trabajo tiene como objetivo tratar el autoestigma en personas con diagnóstico de salud mental, para así poder comprender como se siente una persona que sufre el autoestigma en distintos ámbitos de su vida como pueden ser el laboral, social, familiar, personal, etc. Es un tema del que no existe demasiada información, pero que está cada vez más presente en las investigaciones y en los debates de las instituciones sanitarias, especialmente en las psiquiátricas. Si bien es cierto que numerosos trabajos, estudios e investigaciones se centran en el estigma, pocos ponen el foco en el autoestigma.

La elección de este tema está motivada por mi interés en la salud mental, que se ha visto aumentado tras realizar una estancia de prácticas como estudiante de Trabajo Social durante cinco meses en la Unidad de Subagudos del Centro de Rehabilitación Psicosocial de Zaragoza. En ese tiempo, he podido comprobar que un gran número de pacientes llega a interiorizar los prejuicios existentes acerca de la salud mental. Así pues, creo que desde el Trabajo Social hay mucho trabajo por hacer en este ámbito, para así poder prevenir y mitigar el impacto que supone el estigma y el autoestigma. Es por esto por lo que se planteó investigar de qué manera afecta éste a aquellas personas que tienen un diagnóstico de salud mental.

Esta investigación propone aportar una perspectiva distinta y nueva, ya que tal y como se ha mencionado, en distintos estudios se ha tratado el estigma, pero los que abordan el autoestigma son minoritarios. Para ello, en primer lugar, se propone llevar a cabo una revisión bibliográfica acerca del tema central, así como de otros aspectos que tienen que ver con éste, para así poder contextualizarlo.

A continuación, se expondrán los objetivos e hipótesis de la investigación, para pasar tras esto a exponer la metodología escogida para llevar a cabo el trabajo. Como se verá más adelante, esta es de tipo cualitativo, y como técnica para la recogida de información se ha elegido el grupo de discusión. Tras exponer sus características y la manera en la que este se ha desarrollado, se procederá a llevar a cabo un análisis de los resultados extraídos. Más adelante, se realizará una discusión de la investigación en la que se evaluará el grado en el que los objetivos y las hipótesis planteadas al inicio se han visto cumplidas. Por último, se expondrán las conclusiones del trabajo, recapitulando los aspectos más destacables de la investigación.

2. MARCO TEÓRICO

2.1 El estigma en salud mental

Para comenzar a hablar del término, se debe comprender en primer lugar su significado. El estigma, en términos generales, es entendido como aquellas creencias degradantes que se atribuyen a una persona o conjunto de personas (González, 2009). Esto tiene como consecuencia que la persona o grupo de personas sean incluidas en una categoría social en la que, hacia los miembros de esta, se desarrolla una respuesta negativa y de rechazo. Entre las múltiples definiciones y maneras de aproximarse al estigma cabe destacar lo expuesto por Goffman, que lo define como un atributo devaluador, que rebaja a aquel individuo portador de este (Goffman, 1963). Tal y como menciona Erving Goffman, “la sociedad establece los medios para categorizar a las personas y el complemento de atributos que se perciben como corrientes y naturales en los miembros de cada una de esas categorías” (Goffman, 1963, pp. 11-12).

Al ver a una persona, las primeras apariencias posibilitan predecir en qué categoría está, así como cuáles su identidad social. Si se observa que esta persona o grupo de personas posee un atributo que le hace diferente a los demás, se deja de verlo como a alguien total y habitual. Una característica de este tipo es un estigma, sobre todo cuando produce en los demás desprestigio y denigración (Goffman, 1963). Es decir, si se percibe que una persona no posee esas características corrientes y comunes, será categorizado en una posición inferior, y será susceptible de sufrir el estigma.

Ya en la Antigua Grecia el estigma tenía un hueco en la sociedad. Así pues, los griegos usaban tatuajes o marcas en el cuerpo evidenciar a aquellas personas que habían cometido un delito. Hoy en día este término se refiere a una identidad social, en el que una persona o grupo de personas tiene unos atributos que lo diferencian y devalúan. El estigma es distinto en función del contexto social, por lo que es esta misma sociedad quien se encarga de su construcción (Mazuela, s.f.).

En relación con el tema que nos compete, se puede afirmar que existe una estrecha relación entre estigmatización y salud mental. Así pues, se observa que “las personas con enfermedad mental sufren, además de las discapacidades y dificultades de integración derivadas directamente de la enfermedad, las consecuencias del desconocimiento social que existe hacia las enfermedades mentales y quienes las padecen” (Muñoz et al., 2009, p. 5). Es por esto por lo que se encuentran con barreras en el ámbito social, laboral, familiar, etc., viéndose su imagen de manera negativa y sufriendo rechazo.

Además, como otros efectos negativos se pueden nombrar los siguientes: internalizar las creencias negativas, sentimientos de autoculpa, ocultamiento del diagnóstico de salud mental y aislamiento, entre otros (Muñoz et al., 2009, p. 5).

Socialmente, existen algunos signos que se perciben como indicadores de que una persona tiene un diagnóstico de salud mental. Tal y como establece Corrigan (2000), estos son los siguientes:

- Síntomas psiquiátricos: Estos pueden ser comportamientos percibidos como poco comunes, así como dificultades en el lenguaje que se perciben como extraños.
- Dificultad en las habilidades sociales: Estos síntomas pueden ser en relación con el lenguaje corporal, con la forma para establecer relaciones sociales, etc.
- Apariencia física: Está relacionado con la manera y la forma de vestir, así como el cuidado de su imagen e higiene.

- Las etiquetas: Estas personas son etiquetadas en muchos casos como agresivas, irresponsables, peligrosas, así como con conductas impredecibles. Una de las consecuencias más dañinas del estigma es la manera en la que este afecta en la recuperación de las personas que lo sufren, ya que se ven afectados de manera negativa.

2.2 Repercusiones del estigma

Las personas aplican estigmas a un gran número de cosas: personas altas, delgadas, gordas, con determinados estilos de vida, así como con ciertos problemas de salud, como son las enfermedades mentales. El estigma vinculado a lo último mencionado supone una barrera para que las personas con diagnóstico de salud mental busquen ayuda y quieran tratarse. Este sentimiento puede provenir de la familia, amigos, compañeros de trabajo, así como de la sociedad en general (Delgado, 2021).

En esta misma línea y siguiendo a Delgado (2021):

El problema viene de que esas creencias muchas veces son representaciones simplificadas o generalizadas sobre grupos de personas que son inexactas y ofensivas. Al ser negativas, provocan que una persona tenga una idea errónea de lo que es vivir con alguna enfermedad mental. (párr. 5)

El estigma se puede observar, entre otras cosas, en la forma en la que se habla de estas enfermedades. En ocasiones, las personas describen un estado de tristeza o estrés como depresión o ansiedad, sin saber que tanto la depresión o la ansiedad van mucho más allá y tienen mucha más complejidad que un rato de tristeza. “Esto se vuelve un problema cuando las personas empiezan a asociar estos trastornos con emociones o sentimientos, pensando que es algo fácil de superar, invalidando las experiencias de otros” (Delgado, 2021, párr. 7).

Este estigma afecta a la persona que lo vive, pero también se observa que aparece en sus familiares, en los medios de comunicación social, en los profesionales que les atienden y en la administración. En primer lugar, con respecto a las familias, se podría decir que cuando aparece un diagnóstico de salud mental en una persona de la familia, toda esta se ve afectada por la novedad de la situación y el desconocimiento de esta. Esto se llama lo que se conoce como estigma asociativo, y este pone de manifiesto que la discriminación que sufren las personas con diagnóstico de salud mental afecta también a sus familiares. Algunas de las reacciones de las familias pueden ser la incompreensión, la negación, sentimientos de vergüenza y culpa, creencia de que son responsables de la enfermedad mental y el rechazo. Esto último suele ocurrir en el momento en el que se conoce el diagnóstico (Fórum de Entidades Aragonesas Salud Mental, s.f.). Además, cabe mencionar lo siguiente:

Ante la ausencia de apoyos adecuados pueden mantenerse comportamientos que ayudan a perpetuar el estigma social asociado, que se traduce en actitudes de sobreprotección, o de rechazo con la imposición de autolimitaciones, en aspectos como el trabajo, la asistencia a la rehabilitación, o las relaciones personales o de pareja y lleva a ocultar la enfermedad en su entorno. (Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental, s.f., párr. 18)

Por su parte, los medios de comunicación tienen un papel relevante en la perpetuación de estereotipos. Es común que plasmen creencias equivocadas, que usen términos poco adecuados acerca de diagnósticos y que las emitan en la información que ofrecen. Además, es frecuente el uso de descripciones morbosas, los enfoques paternalistas y la infantilización de las personas que tienen diagnóstico de salud mental. Esto es el resultado del desconocimiento que hay acerca de la salud mental. Siguiendo con la visión que ofrece el

Fórum de entitats aragonesas de Salut Mental (s.f.) “un enfoque inclusivo basado en el conocimiento y en el respeto a la persona y su entorno favorece la superación del estigma social (párr. 20)”.

Con respecto a los profesionales sanitarios, la atención que se ofrece desde los dispositivos de salud mental en ocasiones se dirige solo a los aspectos clínicos, es decir, a los síntomas. Esto se debe a la falta de tiempo y de recursos, dando lugar a que no se atiende lo que significa el diagnóstico de salud mental para la persona, como el entendimiento de la nueva situación, la ruptura de vida que se produce, la modificación de las expectativas, el estigma y el autoestigma, entre otras. Es necesaria una intervención coordinada con distintos profesionales y servicios de salud mental, ya que esto contribuirá positivamente en la mejora de la persona con diagnóstico de salud mental. Los trastornos relacionados con la salud mental necesitan de un tratamiento personalizado acorde con las necesidades individuales de cada persona (Fórum de Entidades Aragonesas Salud Mental, s.f.). Dicho esto, se puede decir que “en los servicios de sanidad también hay actuaciones que comparten los prejuicios del estigma” (Fórum de Entidades Aragonesas Salud Mental, s.f., párr. 25).

Por último, con relación al estigma en la administración, hay carencias en la lucha contra el estigma y falta de actualización de los planes asistenciales, por lo que la salud mental se queda en uno de los últimos lugares en la planificación de la atención sanitaria y local (Fórum de Entidades Aragonesas Salud Mental, s.f.).

2.3 El proceso de formación del estigma y del autoestigma

Con respecto a la construcción del estigma, siguiendo a ActivaMent Catalunya Associació (2013) se lleva a cabo el siguiente proceso:

1. En primer lugar, tiene lugar la identificación o atribución. En este paso es en el que se identifica cual es la característica distintiva de una persona o colectivo, aquello que las diferencia de lo que se entiende como normalizado. En el caso de las personas con diagnóstico de salud mental, socialmente se atribuye la idea de que son personas peligrosas, débiles, con conductas disruptivas, violentas, inadaptadas a la sociedad, consumidores de drogas, etc.
2. En segundo lugar, se da una valoración negativa, es decir, se realiza una evaluación desfavorable de la condición que se ha atribuido a la persona o grupo de personas previamente.
3. En el tercer paso se da lo que se conoce como generalización causal, en el que se explica toda la persona, así como sus actos por la característica negativa.
4. En último lugar se da la devaluación, tanto de la persona como del colectivo al que se le ha atribuido la característica.

Con respecto a los prejuicios y estereotipos, Miranda (2015) sugiere que “los prejuicios y estereotipos son la base sobre la que a menudo se construyen las actitudes sociales que facilitan o impiden el éxito en los procesos de reinserción social” (p. 180). Así pues, será la sociedad la que determine en gran medida cuales son las etiquetas atribuidas, y estas variarán más o menos en función del lugar en el que se lleven a cabo.

Así como el estigma se forma mediante un proceso y una serie de fases, el autoestigma también. Para abordar este proceso, creo conveniente destacar un modelo progresivo de autoestigma dividido en cuatro etapas, las cuales llevan a una menor autoestima y desesperanza. Así pues, siguiendo a Corrigan et al. (2011), autores del modelo, estas son las siguientes:

1. En un primer momento, ser consciente de los estereotipos asociados. En esta fase las personas se dan cuenta de que tener un diagnóstico de salud mental implica una serie de etiquetas y prejuicios.
2. Estar de acuerdo con los estereotipos asociados.
3. Aplicar los estereotipos a uno mismo. Las personas comienzan a atribuirse los prejuicios a sí mismos.
4. Tener una menor autoestima. Esta atribución desemboca en una disminución de la autoestima, teniendo graves consecuencias negativas.

2.4 El autoestigma

Tal y como se ha mencionado anteriormente, se entiende el estigma como una serie de creencias negativas sobre una persona o un grupo de personas por creer que son diferentes. Por su parte, auto, proviene del griego, y viene a significar “de o por sí mismo”. El autoestigma hace referencia al estigma que se aplica a uno mismo, la persona acepta estos prejuicios y esta identidad, interiorizándolos y convirtiéndolos en suyos propios. ActivaMent Catalunya Associació (2012) afirma que “a todas las barreras que nos impone la sociedad (el estigma), podemos añadir las que uno mismo se impone como resultado del autoestigma” (párr. 3).

En el caso de las personas con diagnóstico de salud mental, este estigma y, por ende, este autoestigma, se hace aún más presente. Los problemas de salud mental atañen a una gran parte de personas, y en estas recaen numerosas ideas erróneas que las estigmatizan como pueden ser las siguientes: son violentas, vagas, peligrosas, irresponsables, marginados sociales, etc. Esta atribución basada en estereotipos de conductas y creencias les conduce a una situación de discriminación, dificultando todavía más sus opciones de recuperación e inclusión social (Pérez et al., 2014). La autoestigmatización lleva a la persona a tener sentimientos de vergüenza, disminución de la autoestima, a creer que no son merecedores de ayuda, lo que puede dar lugar a situaciones de aislamiento y apartamiento (López et al., 2008).

El autoestigma hace que las personas se sientan culpables de su enfermedad. Si la sociedad hace que las personas con diagnóstico de salud mental se sientan responsables de lo que les ocurre, se traducirá en que estas realicen una menor búsqueda de ayuda, así como que sientan frustración. Tal y como expone la Comisión de las Comunidades Europeas (2005):

Estas personas se topan con el miedo y los prejuicios de los demás, con frecuencia basados en una concepción distorsionada de lo que son las enfermedades mentales. La estigmatización, además de aumentar el sufrimiento personal y la exclusión social, puede impedir el acceso a la vivienda y al empleo, e incluso hacer que la persona afectada no busque ayuda por miedo a que se la etiquete. (p. 5)

Vivir en una sociedad que atribuye ideas estigmatizadoras a las personas con diagnóstico de salud mental es lo que lleva a estas personas a asumir estas ideas, así como a creer que valen menos por tener dicha enfermedad. Como consecuencia y para evitar esta situación, las personas utilizan estrategias como no contarle a nadie su enfermedad, aislarse socialmente para evitar el rechazo, evitar buscar ayuda, etc., (Pérez, et al., 2014).

Así pues, se puede afirmar que la persona que se autoestigmatiza está representando en sí misma los prejuicios sociales. Puede resultar irónico que una persona se haga objeto de su propia discriminación, pero lo cierto es que estamos influidos por la sociedad y por nuestro entorno y lo que ocurre en esta nos afecta.

Las cosas que se dicen sobre nosotros y la manera en la que esto se hace tiene repercusiones sobre uno mismo.

El hecho de que las personas con diagnóstico de salud mental sean vistas como incapaces y como un objeto de rechazo social les afecta negativamente ya que a nosotros mismos nos vemos y nos evaluamos según la manera en la que nos miran y evalúan los demás (ActivaMent, Catalunya Associació, 2013). Se podría incluso decir que esto es consecuencia de una profecía autocumplida, definida esta como “un fenómeno psicológico a través del cual convertimos en realidad unas expectativas anticipadas ante una determinada situación” (Sanchis, 2021, párr. 1).

2.5 Estigma y autoestigma en los diferentes trastornos mentales

Tener un diagnóstico de salud mental conlleva una serie de prejuicios e ideas, que serán distintos en función del diagnóstico de salud mental que la persona tenga.

Siguiendo a López et al. (2008), hay una distinción entre las actitudes que se dan hacia aquellas personas que tienen esquizofrenia y las que se dirigen a personas con otros síndromes o trastornos tales como la ansiedad o la depresión. La esquizofrenia tiene impuesta un mayor nivel de peligrosidad, debilidad y adversidad, y ante la ansiedad y la depresión hay más comprensión y entendimiento. Esto se atribuye en parte a que la esquizofrenia y trastornos similares se asocian a la imagen tradicional de locura, mientras que la ansiedad y la depresión se cree que podemos sufrirlas todos, por lo que se perciben más cerca.

López et al. (2008) refiere que cuando a nivel social se pregunta por comportamientos de enfermedades como la esquizofrenia, se observa que se les atribuye aspectos como la peligrosidad o la negatividad. Esto no ocurre si se pregunta por la depresión, que no se considera algo normal, pero tampoco peligroso (López et al., 2008). Así mismo, Abad (2015) menciona la idea de que las personas con un diagnóstico de depresión son valoradas como responsables y con más opciones de tratamiento. Esta idea hace que los márgenes de inclusión para las personas con estos diagnósticos sean mayores, así como que se produzca una mayor tolerancia.

Además, cuando se habla de enfermedades como la esquizofrenia, se observa que se habla de las personas que lo sufren en tercera persona, como si formasen parte de una categoría distinta y estuviesen alejados de la sociedad, es decir, “ellos” frente a “nosotros” (López et al., 2008).

De esta manera, se puede afirmar que los estereotipos que se atribuyen a los diferentes trastornos mentales son distintos en función de cuál sea. Unos trastornos reciben mayor comprensión que otros, por lo que estos prejuicios repercutirán de una manera o de otra en aquellos que lo sufran.

Visto con un ejemplo, tal y como se ha mencionado, a las personas con diagnóstico de esquizofrenia se le atribuyen ideas de peligrosidad, y a las personas con depresión y ansiedad se les valora como responsables y con posibilidades de tratamiento. Así pues, no será lo mismo que una persona con esquizofrenia reciba información de los medios de comunicación en los que se dice que quien padece esquizofrenia es agresivo y peligroso, a que una persona con ansiedad vea que se le valora positivamente y que tiene más posibilidades de tratamiento. El impacto entre ambos casos será distinto, y hará que la enfermedad se lleve de una manera o de otra, así como que el autoestigma sea de mayor o menor intensidad.

2.6 Sobre la identidad del individuo

Para entender de qué manera se perciben las personas que sufren un estigma, es importante hablar de la identidad y de como esta se forma en torno a ese estigma. En primer lugar, se destaca la importancia del lenguaje, ya que juega un papel importante en la construcción de la identidad. En muchos casos, en vez de decir que las personas tienen un diagnóstico de salud mental, se asume que son enfermas mentales, es decir, no se dice de ellas que tienen un diagnóstico de esquizofrenia, sino que se dice que son esquizofrénicas. El propio uso del lenguaje hace que las personas sean definidas enteramente por su enfermedad, como si no tuviesen otros atributos o características (López et al., 2008).

Son un gran número de autores los que han hablado de la identidad. Siguiendo a Uribe et al. (2007), se puede decir que:

La identidad es un concepto complejo y multidimensional que incluye aspectos sociales y culturales. En el campo del estigma hacia los pacientes con trastornos mentales, se trata de un cambio en la identidad de la persona, quien pasa de una historia previa a ser para los otros “el enfermo”, “el esquizofrénico” o “el loco”. Se puede estudiar esta nueva identidad desde el punto de vista del paciente, asumiendo que incluye su propia interiorización de la percepción del medio sobre él mismo. (p. 210)

En consonancia con lo que dicen los autores nombrados, la propia percepción del individuo se modifica, dando lugar a un cambio en su identidad.

Para seguir abarcando este tema, resulta imprescindible hablar de Ervin Goffman, quien refleja cómo vive el individuo que está estigmatizado, que no es aceptado a nivel social. La identidad social se ocupa de que entendamos en qué grupo social estamos en base a nuestros gustos, acciones, comportamientos, maneras de actuar, etc. Cuando conocemos a una persona la categorizamos y la incorporamos en un grupo social determinado. Esto repercute en la identidad propia de las personas, ya que son conscientes de que en base a lo mencionado pertenecen a un grupo o a otro, y que esto conlleva una serie de estereotipos e ideas (Goffman, 1963).

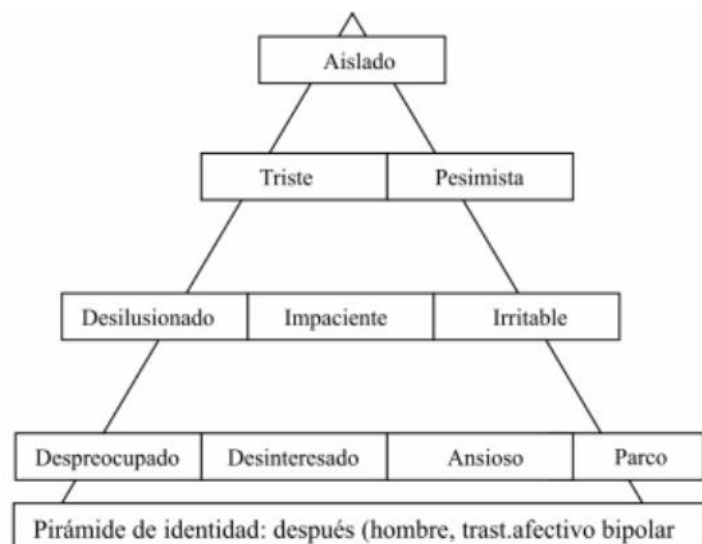
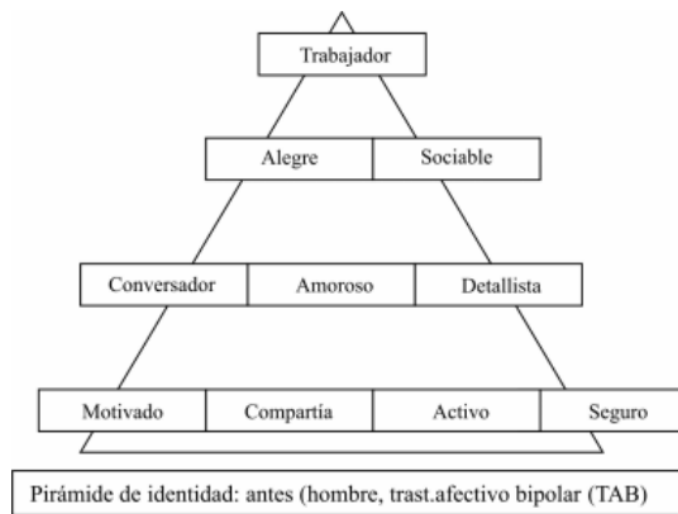
Dicho esto, creo conveniente destacar un estudio llevado a cabo por Uribe et al. (2007) cuya población objeto de estudio fueron 36 pacientes de un grupo psicoeducativo los cuales tenían experiencia de hospitalización previa, así como tratamiento en el momento del estudio. Para llevarlo a cabo, se elaboró una pirámide de identidad y se les pidió que nombrasen aquellas palabras que los identificaban como personas antes y después de la experiencia de hospitalización.

Antes de analizar las pirámides de identidad, cabe mencionar la idea que proponen Uribe et al. (2007):

El primer impacto de la experiencia de una hospitalización o de un episodio serio que lleva al diagnóstico de una enfermedad mental, es el temor a una ruptura en la identidad propia, y no poder seguir siendo “la misma persona” y continuar con sus proyectos personales y roles sociales. (p. 213)

Así pues, se procede a presentar la primera pirámide de identidad del estudio llevado a cabo por Uribe et al. (2007):

Figura 1. Pirámide de identidad



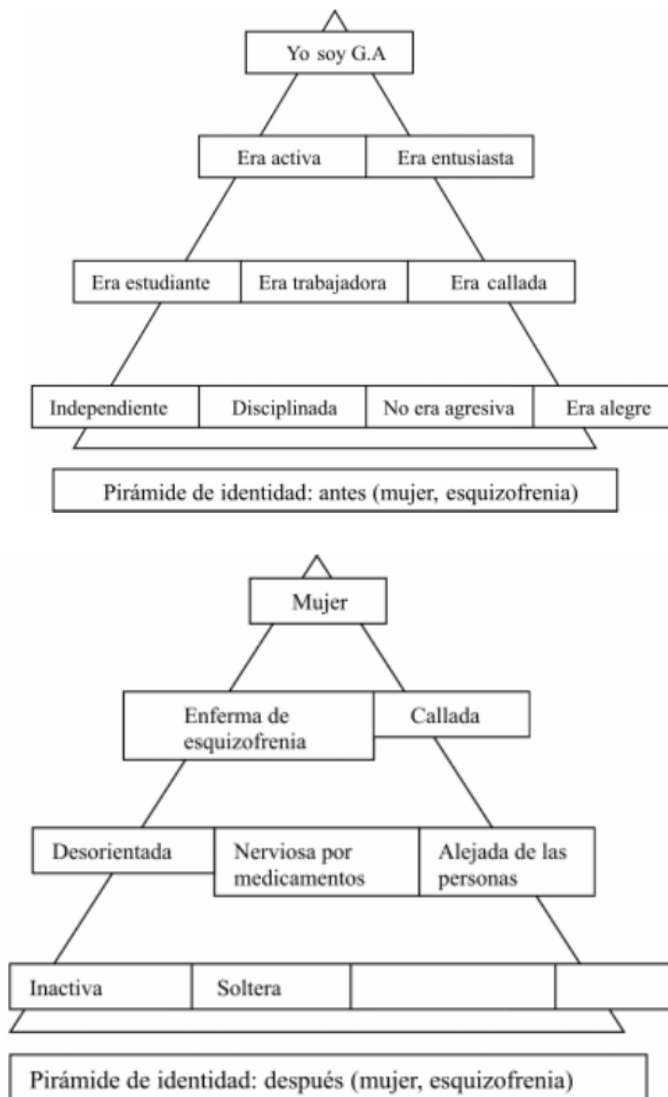
Esta pirámide de identidad corresponde a un hombre con trastorno afectivo bipolar. Tal y como se observa, antes del ingreso, él se percibía como un hombre trabajador, alegre y sociable. Tras este y estando actualmente en tratamiento, ha pasado a sentirse aislado, triste y pesimista.

Así mismo, mientras que antes era conversador, amoroso y detallista, ahora se percibe como desilusionado, impaciente e irritable. Por último, en la base de la pirámide nombra que previo al ingreso estaba motivado, compartía con los demás, era activo y seguro. Después se ve que se muestra despreocupado, desinteresado, ansioso y parco.

En este caso, se puede decir que la identidad de este individuo cambió radicalmente y todos los atributos con los que en un primer momento se identificaba, se tornaron negativos y pesimistas.

Así pues, la siguiente pirámide de identidad muestra lo siguiente:

Figura 2. Pirámide de identidad



Esta segunda pirámide corresponde a una mujer con un diagnóstico de esquizofrenia. Antes del ingreso se identificaba con su nombre propio, mientras que ahora habla de sí misma como mujer. Era activa y entusiasta, y tras el ingreso se percibe como enferma de esquizofrenia y callada.

Además, previo al ingreso menciona que era estudiante, trabajadora y callada. Con este último atributo mencionado se identifica tanto antes como después del ingreso. Con respecto al presente, se define como desorientada, nerviosa por los medicamentos, así como alejada de las personas. Por último y en la base de la pirámide se observa que antes se creía independiente, disciplinada, no era agresiva y era alegre, mientras que ahora se identifica con el atributo de inactiva y está soltera.

En este segundo caso, la experiencia de la hospitalización ha modificado la identidad de esta mujer, percibiéndose de una manera más negativa.

Así pues, cabe destacar que la experiencia de la hospitalización es solo una de las muchas que condicionan y modifican la identidad y la autopercepción de las personas con diagnóstico de salud mental. Se debe de prestar especial atención a como tratamos a estas personas y como nos dirigimos a ellas, así como ser

cuidadosos con el lenguaje que usamos. Estudios como el recién expuesto hacen que nos demos cuenta de cómo se sienten estas personas cuando tienen un diagnóstico de salud mental, ya que como se ha observado su percepción ha cambiado tras la hospitalización y estando en tratamiento en el momento en el que se realizó el estudio.

2.7 Afectación del autoestigma a la calidad de vida

En el año 2017, tuvo lugar un estudio cuyo objetivo fue explorar la calidad de vida, el autoestigma, los rasgos de personalidad y la esperanza en pacientes con trastornos del espectro de la esquizofrenia. En este participaron 52 pacientes ambulatorios que acudían a consultas externas de psiquiatría y que estaban estables, siendo los principales resultados los siguientes (Vrbova et al., 2017):

- La calidad de vida fue mayor en los pacientes que tenían un trabajo y en los individuos con mayor esperanza, autodirección y persistencia.
- La calidad de vida fue menor entre aquellos pacientes que habían tenido un gran número de hospitalizaciones en dispositivos de salud mental, los que tomaban altas cantidades de antipsicóticos, así como aquellos que tenían un trastorno psiquiátrico más grave.
- Aquellos pacientes con síntomas más manifiestos de depresión, ansiedad y ansiedad social tienen peor calidad de vida.
- Los pacientes con mayor evitación del daño y autoestigmatización tienen una inferior calidad de vida.

Así pues, está claro que la calidad de vida de las personas con diagnóstico de salud mental se ve influenciada por numerosos factores, entre los que cabe destacar el autoestigma.

A continuación, en la misma línea se destaca un estudio efectuado por Uribe et al. (2007). Se realizó a 16 pacientes, utilizando la entrevista estructurada como técnica, siendo las preguntas principales las siguientes:

- El significado de haber presentado una enfermedad mental
- Cuáles son las conversaciones que se dan a nivel social sobre la enfermedad mental
- Cuáles son las experiencias y vivencias dentro de la institución psiquiátrica
- Entre las dimensiones social, familiar y laboral, ¿cuál fue el marco de ajuste más difícil?

Entre otras cosas, los pacientes refieren que sus experiencias han sido de rechazo, desconocimiento, falta de apoyos, bajo nivel de autoestima, falta de autonomía y libertad, mala comunicación por parte de los medios de información, etc., (Uribe et al, 2007).

Como era de esperar, la experiencia de la hospitalización suele modificar de manera radical el proyecto de vida del paciente, genera cambios en la percepción de sí mismo, deterioro de la calidad de la interacción social y reduce el tamaño y accesibilidad a la red social. Se generan conductas de evitación, se reduce la oportunidad de los contactos sociales y lo aísla, se reduce su iniciativa para generar interacciones y su capacidad de generar comportamientos de reciprocidad. (p. 213)

A la hora de abarcar lo que supone sufrir el autoestigma, es imprescindible contar con testimonios de personas que lo viven diariamente, para así conocer cómo se sienten. De esta manera, la información obtenida de dichos testimonios nos dará información muy valiosa.

Así pues y en relación con la idea mencionada, se reflejan distintos testimonios de pacientes extraídos del estudio llevado a cabo por Uribe et al. (2007), que plasman como el autoestigma afecta en la calidad de vida. Cabe destacar que dichos testimonios pertenecen a personas anónimas.

- Testimonio nº1: “Mi familia me critica, piensan que yo soy drogadicto, pero yo nací así, con mala cabeza”.
- Testimonio nº2: “Con el diagnóstico queda marcada la persona, es como cuando la persona está encarcelada. Y esa marca queda para siempre, por más que uno se mejore... es el loquito del barrio... lo estigmatizan a uno”.
- Testimonio nº3: “Siempre nos rechazan, nos ven como peligrosos, se burlan, hacen chistes pesados, en la televisión el asesino en serie es siempre un esquizofrénico”.
- Testimonio nº4: “Hay mucho desconocimiento, la palabra se usa mal, para hablar peyorativamente de una persona le dicen esquizofrénico”.

El estigma y el autoestigma también afecta a las familias de las personas con un diagnóstico de salud mental. En los familiares suele darse un proceso de negación, seguido del dolor y de la frustración al conocer el diagnóstico (Uribe et al., 2007), como reflejan los siguientes testimonios.

- Testimonio nº5: “Hay una actitud de defensa por miedo y nos marginamos”.
- Testimonio nº6: “Lo duro de esta enfermedad es que todo el mundo lo rechaza”.
- Testimonio nº7: “Yo creo que en la sociedad hay mucho miedo. Hay rechazo por la necesidad de protección y cierta estigmatización en términos de que es algo muy complicado o le marca un *hándicap* muy importante a la persona, eso se siente no sólo de la persona misma sino de la familia toda”.

Cabe destacar que resulta innegable el impacto del estigma en las personas con diagnóstico de salud mental, llevándolas a ser etiquetadas de manera peyorativa e incomprensibles, tal y como se ve en los testimonios. Además, no solo ellos sufren esto, sino también sus familiares, que son los que están día tras día con estas personas.

Para seguir evidenciando como el autoestigma afecta a la calidad de vida de las personas con diagnóstico de salud mental, cabe destacar un estudio llevado a cabo por Ochoa et al. (2011), en el que se trata la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. Para realizar este estudio, se llevaron a cabo dos sesiones en cuatro grupos focales de personas con esquizofrenia. Todas las personas en aquel momento estaban siendo atendidas en servicios comunitarios de rehabilitación psicosocial. Se trataron temas como la peligrosidad, la culpa, así como la pérdida de roles sociales. Así pues, algunos de los testimonios extraídos del estudio de Ochoa et al. (2011) se pretenden mostrar a continuación.

En relación con la categoría de peligrosidad, algunos participantes manifestaron lo siguiente:

- Testimonio nº8: “Cuando a una amiga le dije que había estado en el psiquiátrico me cogió miedo”.
- Testimonio nº9: “Siempre les queda el miedo, de qué harás, cómo vendrás, qué sucederá...”
- Testimonio nº10: “La gente se asusta de los enfermos mentales y de la enfermedad mental”.

En estos testimonios se observa de qué manera el estigma está muy presente en la forma de reaccionar de las personas. El miedo que provoca la enfermedad mental deriva del desconocimiento y de la desinformación que existe acerca del tema.

Con respecto a la categoría de culpa ligada a la enfermedad, expresaron lo siguiente:

- Testimonio nº11: “Creo que por tener una enfermedad mental puedo ser una carga para el otro”.

- Testimonio nº12: “Mi madre piensa que no sirvo para hacer nada, porque como no la ayudo, la culpa la tengo yo, ya lo sé...”

Con relación a la pérdida de roles sociales, se comentó lo siguiente:

- Testimonio nº13: “Todo eso ya se acabó, el salir y conocer más gente”.
- Testimonio nº14: “No puedo trabajar, no puedo hacer nada, no sirvo para hacer nada, todo me sale mal”.
- Testimonio nº15: “Estamos limitados, no trabajas, ni estudias y quedas como un vago”.
- Testimonio nº16: “No puedes buscar trabajo, primero porque no tienes experiencia y segundo porque estás enfermo, y a un enfermo nadie lo coge”.

El hecho de que una persona con un diagnóstico de salud mental haga este tipo de afirmaciones es grave e injusto a la vez. Tener un diagnóstico de salud mental no debería afectar de esta manera a tu vida diaria, creyendo que no eres merecedor de tener amigos, pareja o trabajo. Está claro que el estigma y el autoestigma afectan a la vida de las personas y hay mucho trabajo en lo que a la erradicación de éste se refiere.

Concluyendo con el estudio de Ochoa et al. (2010), cabe destacar lo siguiente:

El hecho de identificar qué aspectos son los que preocupan más a las personas con esquizofrenia y facilitan que sean discriminados resulta de utilidad para implementar estrategias que favorezcan la reducción del estigma social en la comunidad y en las propias personas que lo padecen. (p. 488)

Siguiendo con este apartado, quiero hacer referencia a unos testimonios extraídos de una actividad de Desarrollo Personal llevada a cabo en el Club Social de Rey Ardid de Zaragoza. En esta actividad se propuso como tema central el estigma y el autoestigma, para ver de qué manera se sentían las personas participantes con respecto a esto. Con relación al estigma las personas expresaron lo siguiente:

- Testimonio nº17: “Hacer algo fuera de lo normal ya es estar loco. Se acuerdan de nosotros al decir de manera humorística: estás loco”.
- Testimonio nº18: “Si te pasa algo, te hacen menos caso al decir que tienes una enfermedad mental”.

A través de estos testimonios se sigue reflejando el estigma que existe hacia las enfermedades mentales. No obstante, algunas de las vivencias personales relativas al autoestigma se diferencian de las del estigma, por lo que se pretenden mencionar a continuación:

- Testimonio nº19: “Dentro de nuestras posibilidades, podemos hacer lo que nos propongamos.”
- Testimonio nº20: “Podemos ser igual de positivos”.
- Testimonio nº21: “Cada enfermo es un mundo y a cada persona hay que valorarla”.
- Testimonio nº22: “Ser introvertido tiene también sus cosas buenas”.
- Testimonio nº23: “Podemos seguir trabajando igual que el resto”.
- Testimonio nº24: “Somos gente válida”.

Estos testimonios muestran un punto de vista que hasta ahora no se había reflejado en los testimonios recogidos. Es muy importante que las personas con un diagnóstico de salud mental tengan una percepción positiva de ellos, ya que eso repercutirá en todos los aspectos de su vida. Para potenciar esa visión y romper con el autoestigma negativo, es importante la intervención desde los distintos ámbitos profesionales que trabajan con estas personas. Es por esto por lo que en el siguiente apartado se pretende abarcar cual es el papel del Trabajo Social, disciplina que nos incumbe, para afrontar el autoestigma.

2.8 El papel del Trabajo Social frente al autoestigma

Desde el primer momento en el que se empezó a estudiar este término, ha sido la psiquiatría quien ha intentado abarcar el tema del estigma desde una perspectiva médica, con el fin de informar adecuadamente sobre las enfermedades mentales, de romper con los mitos relativos a esta, entre otras cosas (Uribe et al. 2007). Siguiendo a estos autores:

Se trata de disminuir la brecha que existe entre el conocimiento sobre la enfermedad mental que poseen los profesionales de la salud mental y el conocimiento del público en general. Esto ha pasado, claro está, a través de la difusión del concepto de la enfermedad mental como una enfermedad del cerebro, siguiendo el modelo biomédico. Si se deja de ver al paciente y a la familia como culpables o como merecedores de un castigo, se allanaría el camino para un acercamiento mejor y una mayor ayuda. (Uribe et al., 2007, p. 210)

No obstante, no son solo los psiquiatras quienes deben abordar el autoestigma y hacerle frente. En el año 1977 nació lo que se conoce como el modelo biopsicosocial, de la mano de George L. Engel. Este modelo tiene en cuenta los factores biológicos, psicológicos y sociales de la persona. Estos tres factores se utilizan para entender, explicar y hacer frente a los estados de salud y enfermedades (Ruiz, 2020). Así pues, los trabajadores sociales son los encargados de abordar los distintos aspectos del ámbito psicosocial de los individuos, familias, grupos o comunidad donde se intervenga (Abad, 2015). Así pues, haciendo referencia a la disciplina mencionada, cabe destacar que:

“Abordamos la génesis y la vivencia de los problemas, de modo que tendremos que intervenir allí donde la marginación, exclusión, discriminación de los enfermos mentales nazca y allí donde nos encontramos con enfermos mentales y sus familias sufriendo las consecuencias del rechazo y de la propia enfermedad.” (Abad, 2015, p. 199)

Desde el Trabajo social, se deben abordar los estereotipos y prejuicios que rodean a las personas con diagnóstico de salud mental. La manera en la que la persona se perciba y las actitudes que hacia él se den conllevarán rechazo y obstáculos en distintos ámbitos de su vida. Desde el Trabajo Social se habla de cómo se relaciona el sujeto con el ambiente que le rodea y como este le influye, ya que somos seres que vivimos en un medio social (Abad, 2015).

Siguiendo a Abad (2015), creo conveniente destacar la siguiente idea:

Los trabajadores sociales tenemos un papel importante en la defensa del principio de autodeterminación, en hacer brillar las potencialidades, los valores, las capacidades de los pacientes, siempre desde el posicionamiento en otro de nuestros principios, como es el de la individualización. (p. 200)

Se puede afirmar que la salud mental es un ámbito cuya intervención es interdisciplinar y en este hay distintos perfiles profesionales, instituciones, puntos de vista, modelos teóricos, etc. De esta manera, los profesionales del Trabajo Social forman parte de equipos interdisciplinares en el que los diferentes profesionales tienen el mismo objetivo y que trabajan en la misma dirección (Garcés, 2010).

Siguiendo a Garcés (2010), dentro del equipo interdisciplinar el trabajador social tiene sus propias funciones para abordar los aspectos de la salud mental, trabajando también en el estigma y el autoestigma. Así pues, estas funciones se enfocan en lo siguiente:

- Función de atención directa: Esta atención es la que se da a las personas, a las familias y a los grupos que tienen riesgo de tener problemas de carácter social unido a un problema de salud. La atención directa tiene como principal objetivo trabajar con los recursos que posee el paciente y la familia.
- Función preventiva, de promoción e inserción social: El objetivo es que la persona con diagnóstico de salud mental se ajuste al medio social y familiar. Desde esta función se trabaja aceptando e incorporando los recursos normalizados, así como los específicos destinados a este colectivo. Además, se promueven los grupos de autoayuda, así como las asociaciones de familiares y afectados, entre otras cosas.
- Función de coordinación: El trabajador social incorpora en el equipo el factor social de los problemas de salud mental, contribuyendo en los cuidados, aportando aquellos recursos que hagan falta para las personas con diagnóstico de salud mental e introduciendo su actuación en el tratamiento de los problemas de carácter psico-social.

El estigma y el autoestigma no solamente afecta a la propia persona con diagnóstico de salud mental, ya que este afecta también a sus familias. Estos se encuentran en una situación que les es desconocida y llena de incertidumbre. Esto nos lleva a afirmar que ellos también necesitan formación, información, orientación y apoyos especializados. Además, el desconocimiento refuerza el estigma y el autoestigma, siendo imprescindible que haya información, profesionales formados, y comunicación tanto con las familias como con la sociedad (Asociación Española de Neuropsiquiatría, 2009).

También cabe mencionar que, desde el Trabajo Social, las intervenciones que se llevan a cabo pueden ser tanto de prevención como de promoción de la salud mental. Por un lado, las intervenciones preventivas tienen el objetivo de disminuir los factores de riesgo, así como de impulsar los factores de protección vinculados a los diagnósticos de salud mental, para así tratar de reducir su prevalencia e incidencia. Por otro lado, las acciones dirigidas a la promoción de la salud mental están relacionadas con aquellos programas que hacen que el bienestar mental y la calidad de vida de las personas aumente, pudiéndose dar esta mejora tanto a nivel individual como comunitario (Gómez, L.T., 2017).

De esta manera y teniendo en cuenta lo mencionado por todos los autores, cabe concluir que el Trabajo Social es importante en el abordaje de la salud mental. Entre otras cosas, es el perfil profesional que se encarga de la dimensión social, siendo necesario tener profesionales bien formados en la materia.

3. LA INVESTIGACIÓN

3.1 Objetivos del trabajo

Este apartado pretende abordar cuales son los objetivos que se han planteado para llevar a cabo el trabajo, distinguiéndose entre el objetivo general y los objetivos específicos.

Así pues, el objetivo general es el siguiente:

1. Conocer de qué manera afecta el autoestigma a las personas que tienen un diagnóstico de salud mental.

En cuanto a los objetivos específicos, son los siguientes:

- 1.1. Revisar la bibliografía y los recursos materiales existentes en torno al estigma y autoestigma en salud mental

- 1.2. Analizar las repercusiones del autoestigma en la vida de las personas con diagnóstico de salud mental
- 1.3. Estudiar en qué medida el autoestigma afecta a las relaciones sociales de las personas con diagnóstico de salud mental
- 1.4. Averiguar en qué grado las personas con diagnóstico de salud mental se ven afectadas por el autoestigma
- 1.5. Describir el papel del Trabajo Social y la importancia de su actuación frente al estigma y autoestigma
- 1.6. Visibilizar las situaciones a las que han de enfrentarse personas con un diagnóstico de salud mental con relación al autoestigma

3.2 Hipótesis planteadas

Así pues, se plantean una serie de hipótesis para la realización de este trabajo:

- 1.1 Las personas con diagnóstico de salud mental están muy estigmatizadas
- 1.2 El autoestigma tiene consecuencias negativas en la vida de las personas con diagnóstico de salud mental
- 1.3 Las personas con diagnóstico de salud mental creen que a la salud mental se le presta poca atención tanto a nivel social como en el sistema sanitario
- 1.4 Las personas que tienen un diagnóstico de salud mental han sentido en algún momento de sus vidas que estaban aisladas o marginadas socialmente

3.3 Muestra

La población objeto de estudio de este trabajo son las personas que tienen un diagnóstico de salud mental, teniendo como finalidad estudiar cómo les afecta el autoestigma a estas personas.

La muestra de este estudio son personas que son atendidas en el Club Social de Rey Ardid¹ de la ciudad de Zaragoza y que tienen un diagnóstico de salud mental. En este caso, la muestra fueron seis personas.

4. METODOLOGÍA

4.1 Metodología utilizada

Esta investigación se basa en la recogida de información con el fin de conocer de qué manera afecta al autoestigma a las personas con diagnóstico de salud mental. La metodología escogida para llevar a cabo el trabajo de investigación es la metodología cualitativa, para así poder conocer en profundidad las opiniones de las personas. Este tipo de metodología se puede entender como la investigación que trabaja con datos de carácter descriptivo, es decir, las palabras que dicen las personas, así como la conducta observable (Quecedo y Castaño, 2002).

¹ La fundación Rey Ardid es una organización privada de carácter social. Entre sus distintos recursos enfocados a personas vulnerables y riesgo en de exclusión social está el Club Social de Rey Ardid. Es un recurso de Ocio y Tiempo Libre creado para promover la integración y participación activa de las personas con un trastorno mental grave (TMG). Ofrece actividades lúdicas de carácter artístico, cultural, deportivo, etc., como música, inglés, teatro, ping-pong, entre otras.

Tal y como mencionan Taylor y Bogdan (1986), se procede a enumerar los aspectos necesarios para llevar a cabo una investigación cualitativa:

1. La investigación cualitativa se puede decir que es inductiva. Las personas que investigan llevan a cabo conceptos e ideas basándose en los datos y no al revés, es decir, no recogiendo datos para valorar modelos preconcebidos. En este tipo de estudios se sigue un proyecto de investigación de carácter flexible.
2. La escena se concibe desde un punto de vista holístico. Así, las personas, los escenarios, los grupos, etc., se perciben como un conjunto, un todo.
3. El investigador cualitativo es consciente del impacto que provoca en las personas que son objeto de estudio.
4. El experto se ocupa de entender a las personas en el entorno de referencia de ellas mismas.
5. El investigador cualitativo debe dejar de lado sus propias creencias y perspectivas. No debe darse nada por hecho.
6. Todos y cada uno de los puntos de vista y contingencias son valiosas.
7. Los procedimientos cualitativos son humanistas, lo que quiere decir que estos influyen sobre la manera en la que vemos a las personas.
8. Los investigadores ponen énfasis a la validez de la investigación, es decir, garantizan que lo que la gente hace y dice sea fiel a los datos que se disponen.
9. Los distintos escenarios y personas que existen son merecedores de estudio.
10. La investigación de este tipo se podría afirmar que es un arte, ya que los procedimientos con los que se lleva a cabo no han sido tan estandarizados como otros.

4.2 Técnica para la recogida de información

Para la recolección de datos en la investigación mediante una metodología cualitativa se ha escogido el grupo de discusión ya que, tras valorar distintas opciones, se pensó que era la técnica más completa y adecuada.

4.2.1 Grupo de discusión

El grupo de discusión es una técnica de tipo cualitativo que consiste en la reunión de un grupo de personas cuyo objetivo es tratar uno o varios temas para obtener información. Este grupo es conducido por un entrevistador o moderador (Gutiérrez, 2010).

Siguiendo a Gutiérrez (2010), expone que:

El grupo de discusión es una técnica muy valiosa para obtener material cualitativo, pues se generan una serie de interacciones entre las personas que forman el grupo y permite extraer una información diferente a la que se obtendría de manera individual. En este sentido, los participantes en un grupo son influidos e influyen al resto de participantes, igual que sucede en la vida real. (p. 4)

El grupo de discusión se llevó a cabo en dos sesiones distintas en las que se plantearon una serie de preguntas con el objetivo de crear un debate grupal para ahondar en el tema y conocer los puntos de vista de los participantes. Estas preguntas fueron dirigidas por dos moderadores, incluyendo además a una tercera persona en calidad de observador, perteneciente también a la organización. En este caso, además

de moderar la persona investigadora, se decidió que participase también desempeñando esta labor la trabajadora social del dispositivo, para así favorecer la participación de los asistentes al grupo de discusión.

4.3 Diseño de la investigación

Una vez explicado lo que es el grupo de discusión, se procede a hablar sobre el procedimiento seguido y las características, las personas participantes, así como los obstáculos encontrados.

4.3.1 Convocatoria

Para contactar con los participantes, la trabajadora social del Club Social propuso a las personas que acuden a las actividades del centro la participación en el grupo de discusión. El llamamiento fue abierto y la implicación en el estudio totalmente voluntaria. Para poder participar en el estudio, el único requisito a cumplir era tener un diagnóstico de salud mental.

Para la primera sesión del grupo de discusión, se propuso a los participantes un día y una hora específicas acordados previamente por la trabajadora social del Club Social y la persona investigadora, mientras que para llevar a cabo la segunda sesión se acordó de manera conjunta una fecha con los participantes del grupo de discusión para que todos tuviesen disponibilidad.

4.3.2 Participación

Como ya se ha mencionado, la participación en el grupo de discusión fue voluntaria, así como confidencial y anónima. Para garantizar estos principios, se preparó un consentimiento informado (Anexo 1) en el que se invitaba a las partes a participar, se explicaban los objetivos de la investigación, se aseguraba que el tratamiento, la comunicación y los datos recogidos eran confidenciales y que no iban a ser utilizados con un propósito distinto al del trabajo. En cada consentimiento informado firmaba tanto el participante como la persona investigadora, y cada una de las partes se quedó un documento para que así ambos tuviesen el acuerdo.

Tanto en la primera sesión del grupo de discusión como en la segunda participaron seis personas. En este tema es importante destacar un aspecto y es que hay que tener en cuenta que los índices de participación en las personas con diagnóstico de salud mental son más bajos que en aquellas que no lo tienen. Con respecto a esto, cabe reflejar que “existen múltiples barreras que obstaculizan el derecho a la participación de las personas con problemas de salud mental, como los prejuicios, la discriminación, las etiquetas, el paternalismo, la falta de información y formación, el tradicionalismo o el escepticismo” (Salud Mental España, 2016, p. 241).

4.3.3 Duración y lugar de la reunión

Con respecto a la duración del grupo, es importante planificar cuanto va a durar. En este caso, se estimó que el tiempo empleado sería de una hora aproximadamente. Se debe tener en cuenta que, pese a que se lleve a cabo la planificación, es una estimación aproximada y variará en función de cómo se desarrolle el grupo. El grupo de discusión se realizó en dos sesiones distintas, siendo la duración de ambas de una hora, tal y como se estimó previamente.

Con respecto al lugar, ambas sesiones se llevaron a cabo en una sala del Club Social Rey Ardid. Este sitio es conocido para los participantes, por lo que se propició que estos se sintiesen cómodos en un entorno que visitan habitualmente y así favorecer el desarrollo del grupo de discusión.

4.3.4 Guion de la reunión

Para llevar a cabo el grupo, se necesita realizar un guion preparado con antelación que recoja los temas principales a tratar. Este guion sirve para poder recoger la información necesaria y así poder alcanzar los objetivos propuestos, además de para guiar al moderador. Este guion sigue un orden lógico y ordenado e irá de temas más generales a los más concretos. A continuación, se presenta el guion temático que se siguió:

- 1. Presentación.**
 - Presentación de la persona investigadora, agradecer la presencia de los participantes, explicación de los objetivos del estudio, asegurar la confidencialidad y el anonimato del estudio
 - Rellenar el consentimiento informado
 - Preguntar si hay dudas, resolverlas si las hay e iniciar el grupo de discusión
- 2. Inicio del grupo de discusión. Propuesta de tema de conversación a partir del cual se desarrolle el grupo.**
 - Se propone el tema del desconocimiento a nivel social de las enfermedades mentales.
 - ¿Qué pensáis de esto? ¿Creéis que existe desconocimiento en la sociedad sobre las enfermedades mentales?
- 3. Temas para tratar.**
 - Miedo al rechazo
 - ¿Alguna vez habéis tenido la experiencia de haberos sentido rechazados?
 - ¿Creéis que os ha afectado la enfermedad a las relaciones con los demás? ¿De qué manera?
 - ¿En algún momento os habéis sentido tratados diferentes en vuestro entorno o en la sociedad?
 - Visión de la sociedad
 - ¿Que habéis escuchado a nivel social sobre las enfermedades mentales?
 - ¿Hay algo que os preocupa de esta visión?
 - ¿Qué mensaje os gustaría lanzar a la sociedad para que esto cambiase?
 - Estigma
 - ¿Creéis que hay un estigma social hacia esta enfermedad?
 - ¿Pensáis que os tratarían diferente si tuvierais otra enfermedad, por ejemplo, física?
 - ¿Qué les diríais a esas personas que alguna vez os han estigmatizado?
 - Autoestigma. Se hace una breve introducción sobre el concepto de autoestigma, así como de las ideas con las que el término se relaciona (aislamiento, sentir vergüenza, disminución de la autoestima, etc.)
 - ¿En algún momento habéis podido vivir esta situación? ¿Os sentís identificados con estas ideas? ¿Creéis que habéis vivido en algún momento este autoestigma?
 - ¿De qué manera sentís que afecta a vuestra vida el autoestigma?

- Estrategias de afrontamiento del autoestigma. Se nombran las estrategias que en ocasiones son llevadas a cabo por las personas para evitar sufrir el autoestigma (no contar a nadie que tiene la enfermedad, evitar buscar ayuda, entre otras)
 - ¿Consideráis que en algún momento de vuestra vida habéis recurrido a estas estrategias para no sufrir el autoestigma?
 - ¿Alguna vez habéis dejado de hacer algo que queráis/os apetecía por miedo a lo que pensase la gente?
 - Preguntas de cierre
 - ¿Qué le diríais a una persona que le acaban de diagnosticar una enfermedad mental?
 - ¿Hay algo que queráis añadir que no hayamos hablado y os apetezca compartir o creáis que es importante?
4. Despedida. Agradecimientos y despedida de los participantes.

4.3.5 Recogida de información

Con respecto a la recogida de información, como el tema era de especial delicadeza, se consideró desde el Club Social que no era oportuno grabar el grupo de discusión, para así no coaccionar a los participantes y procurar que se expresasen libremente.

Así pues, la recogida de datos se llevó a cabo tomando notas en papel conforme los participantes hablaban. Para facilitar esta recogida, la persona que estuvo en calidad de observadora estuvo tomando notas durante la sesión. Con respecto a las moderadoras, una de ellas dirigió la primera parte del grupo, y mientras tanto la otra figura moderadora llevaba a cabo las anotaciones correspondientes.

Una vez realizado el grupo, se procedió a transcribir inmediatamente las anotaciones tomadas, desarrollándolas ampliamente debido a que la información era reciente. Así mismo, se apuntaron aspectos sobre el lenguaje corporal, momentos de silencio, etc.

5. ANÁLISIS DE LOS RESULTADOS

Para llevar a cabo el análisis de los resultados se realizó un primer análisis de la información obtenida en el grupo de discusión. Posteriormente, se agruparon por temas y subtemas las ideas extraídas para describir los resultados. A continuación, se procede a presentar los resultados de la investigación, divididos como ya hemos dicho en estos temas y subtemas. Cabe destacar que, tras realizar el grupo de discusión con seis participantes, se han podido confirmar algunas de las afirmaciones expuestas en el marco teórico.

5.1 Desconocimiento social de las enfermedades mentales

El primer tema que se planteó en el grupo de discusión fue el desconocimiento a nivel social de los trastornos mentales. La moderadora expuso que tras haber leído distintos documentos acerca del tema, observó que la población no sabía exactamente de qué se hablaba cuando escuchaban el término trastorno mental. Así pues, para encauzar el grupo de discusión planteó a los participantes que qué opinaban sobre esta idea y que si creían que había desconocimiento social acerca de los trastornos mentales.

La mayoría de los participantes coincidieron con esta idea y nombraron dos aspectos que se propone tratar por separado para realizar un análisis más exhaustivo: la falta de información y las percepciones erróneas.

Con respecto a la falta de información, cabe mencionar la idea destacada por uno de los informantes: “Las personas usan los términos muy a la ligera...sobre todo en las redes sociales yo he visto que Igual alguien dice por ejemplo que está depresivo cuando tiene un día triste, lo mismo ocurre con el trastorno obsesivo compulsivo, y esto es por el desconocimiento que hay” (informante nº1, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Así mismo y siguiendo la opinión del anterior participante, se mencionó que “la psiquiatría es la parte de la medicina que menos se ha tocado...y es importante trabajos como el tuyo porque parece que se nos escucha, parece que el tema se toca y que empezamos a andar ahora, pero antes no. La información que tiene la sociedad de las enfermedades es la de las películas, y se van al extremo...sacan lo peor” (Informante nº6, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Siguiendo con la informante nº6, asegura que las personas no saben nada de los trastornos mentales hasta que les toca de cerca, ni se imaginan lo que es. Tras escuchar esta idea, los participantes asintieron, dando a entender que estaban de acuerdo con esta idea. Esta informante mencionó, además, que podía hablar de su propia experiencia, pero también de la de su hijo, ya que también tenía un trastorno mental. Con respecto a la vivencia de su hijo, mencionó que “al principio me quería morir porque yo decía: me han cambiado a mi hijo, y no entendía lo que le pasaba, pero una vez que pasó el tiempo, los médicos, la medicación...parece que todo se fue encauzando” (informante nº6, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Esta situación recién descrita podría prevenirse si las personas estuviesen informadas, si no hubiese tanto desconocimiento y si se concienciase y sensibilizase a la población acerca de los trastornos de salud mental existentes en la sociedad.

Otro de los participantes también mencionó que existía este desconocimiento. Así pues, se observa como estas personas están de acuerdo y afirman desde su propia experiencia que los trastornos mentales no se conocen y apenas se tiene información de ellos.

Estando estrechamente relacionado con el desconocimiento, se pasa a hablar de las percepciones erróneas que tiene la sociedad acerca de los trastornos mentales. Así pues, como se ha mencionado, la informante nº6 nombró que, por ejemplo, en las películas la imagen que se daba de los trastornos mentales era equivocada a la par que desmesurada. Esta misma participante mencionó la idea de que en los pocos sitios en los que se daba información, se daba de manera errónea.

Según uno de los informantes, “la sociedad desconoce lo que pasa, es por desconocimiento. Se generaliza y se atribuye todo a la enfermedad. Si hay un asesinato y la persona era esquizofrénica, se quedan con esa idea” (informante nº1, comunicación personal, 18 de mayo de 2023). Con esta misma idea también coincidió el participante nº4, quien manifestó que los trastornos mentales se asociaban a la violencia y que, si había un caso de este tipo, se generalizaba a todos los demás.

Relacionado con la visión que se da en los medios de comunicación, es importante destacar lo que mencionó uno de los informantes, “en las noticias, sobre todo cuando hay casos violentos se recalca que la persona tiene una enfermedad mental. Si la persona tenía un problema de salud cardiaco no lo destacan, pero lo mental siempre” (informante nº1, comunicación personal, 18 de mayo de 2023). En este aspecto,

cabe destacar que, en la fundamentación teórica llevada a cabo en esta investigación, se afirmó que los medios de comunicación tienen un papel importante a la hora de reproducir y perpetuar los estereotipos vinculados al estigma. Poniéndolo en relación con el testimonio nombrado, se puede afirmar que esto es así en muchos casos.

Además, se puede afirmar que este desconocimiento influye en la visión que se da de los trastornos mentales en la sociedad, que deriva en percepciones erróneas, así como estigmatizantes, tal y como se analizará más adelante.

Otra idea que es conveniente destacar fue mencionada por la informante nº3, que hizo alusión a lo siguiente: “la gente cree que las personas con trastorno mental no somos felices, pero desde mi vivencia, nos sentimos mejor de lo que los demás piensan” (informante nº3, comunicación personal, 18 de mayo de 2023). Si la mayoría de las ideas que se atribuyen a los trastornos mentales son negativas, podría ser razonable pensar que estas tienen un impacto perjudicial en las personas. A pesar de que lo tienen y de que contribuyen al autoestigma como se verá más adelante, no en todas las personas afecta de la misma manera.

Cuando se preguntó a los participantes si había algo que les preocupaba de esta visión, tres de ellos dijeron que sí, mientras que uno dijo que no. El informante nº3 mencionó que “no me preocupa porque hago mi vida con mi familia, en mi casa, mi entorno...” (informante nº3, comunicación personal, 18 de mayo de 2023). Los tres restantes mencionaron que les preocupaba, y que los trastornos mentales debían ser vistos como cualquier otra enfermedad, así como que faltaba mucha información y que les influía negativamente.

Para finalizar este bloque, se preguntó a los individuos acerca del mensaje que les gustaría lanzar a la sociedad para que esto dejase de ocurrir. A esta pregunta cabe destacar la respuesta de uno de los informantes que mencionó lo siguiente: “es como cualquier otra enfermedad, y también les diría que no hace falta pregonarlo...cuando una persona tiene cáncer no van diciendo por ahí que lo tiene” (informante nº1, comunicación personal, 18 de mayo de 2023). En esta misma línea, el informante nº3 dijo que los trastornos de salud mental debían de ser tratados e investigados y “que no hay que darle tanto bombo y platillo” (informante nº3, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

5.2 Rechazo social

En este segundo bloque se pretende abordar el rechazo social, atendiendo a si han tenido experiencias de sentirse rechazados, como son sus relaciones sociales, así como cuál es el trato que la sociedad les da.

En primer lugar, se preguntó a los participantes si alguna vez se habían sentido rechazados. Tres de ellos contestaron que no, dos respondieron que sí y uno dijo que rechazo como tal no, pero sí devaluado.

Así pues y atendiendo al testimonio de uno de los informantes que sí que se ha sentido rechazado, se mencionó que: “Sí que me he sentido rechazada, y te dicen que es que estás siempre igual, y tú notas que te hablan de otra manera. Aunque no te lo digan directamente te enteras de lo que dicen ¿sabes? Yo creo que lo dicen desde la ignorancia, pero hace daño. A mí me han llegado a decir: ¿cómo vas a tener depresión?, si tú tienes de todo...y a ver, claro que no tener de nada imagino que tiene que ser peor, pero es que esta no es una enfermedad ni de ricos ni de pobres, hay depresión, aunque tengas de todo...influye la química de tu cerebro, que igual no está en los niveles adecuados” (informante nº6, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Con respecto al informante que dijo que no se había sentido nunca rechazo, pero sí devaluado, expresó lo siguiente: “No, como tal rechazado no porque me parece algo muy fuerte, pero devaluado sí. Hace dos semanas mismo, un vecino que me dijo: a ti te han jubilado antes de hora porque sí...y le dije, mira: yo tengo una enfermedad que ya está controlada y por eso me jubilaron antes. Y yo tengo las mismas crisis que tú y los mismos momentos de agobio, pero sé gestionarlo mejor que tú. Eso le dije porque es así, y parece que me jubilaron sin motivo cuando hay un motivo de peso que es mi enfermedad. En general te hacen sentir que vales menos y te dicen que notan algo raro” (informante nº4, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Tal y como se observa, en esta experiencia de sentir rechazo hubo distintas opiniones por parte de los participantes. No obstante, los testimonios reflejados dejan claro que en algunas ocasiones estas personas sufren rechazo por motivo de su trastorno. Este rechazo social, como se verá en el siguiente apartado, es fruto del estigma que rodea a los trastornos mentales, dando lugar al autoestigma.

A continuación, se preguntó acerca de si creían que la enfermedad les había afectado en sus relaciones con los demás, tanto de tipo social como familiar. Los cuatro informantes que respondieron a la pregunta y que hablaron de su vivencia personal coincidieron en que sí que les había afectado. La informante nº3 mencionó que se había vuelto más taciturna a raíz del trastorno, y que hablaba menos que antes.

Con respecto al informante nº1, expresó que siempre había sido introvertido y exclusivo con sus relaciones, pero que a raíz del trastorno había notado por parte de las personas más detallismo hacia él. Esto le ayudaba a ver cómo es la gente y saber con quién podía contar para cada cosa que le ocurría. Aunque él no percibe cambios en su forma de ser, sí que identifica un cambio en su forma de relacionarse con los demás.

El testimonio de otra de las informantes fue el siguiente: “a mí sí que me ha afectado, porque me encerré en mí misma y empecé a hacer mi vida a parte de la sociedad. Intento ser más espontánea y conocer el centro de Rey Ardid me ha ayudado mucho, que me lo recomendaron mis médicos. Aquí estoy muy a gusto, pero todavía no he dado el paso para ser más abierta con la sociedad en general” (informante nº6, comunicación personal, 18 de marzo de 2023). Tal y como se observa, en este caso su relación con el entorno cambió y ella misma afirma que siente que todavía no se relaciona de la misma manera en todos los lugares.

Otro de los informantes dio con su testimonio un punto de vista distinto que hasta el momento no se había mencionado: “Yo antes era introvertido, pero a raíz de la enfermedad socializo más, soy más abierto. Porque pienso: ¿tengo déficit en esto? pues voy a potenciar mis habilidades sociales, y me esfuerzo para que sea así” (informante nº4, comunicación personal, 18 de marzo de 2023). Además, conforme avanzó la conversación, mencionó lo siguiente: “Yo he sido resiliente gracias a la enfermedad mental. Me ha pasado esto, pues tengo que superarme para tener buena salud mental y física. Enfermar me ha supuesto estar en equilibrio emocional. Como individuo creo que tengo una personalidad complicada y la enfermedad me ha servido para estabilizarme. Esto se llama resiliencia, de una crisis sales reforzado. El dolor te enseña, te hace evolucionar y crecer” (informante nº4, comunicación personal, 18 de marzo de 2023).

Tras esto, se trató el tema de si se habían sentido tratados diferentes por su trastorno mental en su entorno o en la sociedad. Tres de los participantes mencionaron que sí, mientras que los otros tres dijeron que no. A continuación, se destacan dos situaciones concretas en las que percibieron esta distinción de trato:

“He notado que me pasa en el médico, porque cuando abren el historial lo primero que ven es tu diagnóstico de salud mental... y yo percibo un exceso de amabilidad y creo que es por el problema mental” (informante nº4, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Además, otro informante hizo alusión a lo siguiente: “Noto una cosa a raíz del diagnóstico, yo tengo pánico a las agujas y cuando voy a sacarme sangre y me muevo un poco o lo que sea, ya tengo a una enfermera al lado mío cogiéndome las manos para que este quieto” (informante nº1, comunicación personal, 18 de mayo de 2023).

Como se ha mencionado antes, el rechazo social del que se viene hablando en este apartado está vinculado al estigma y autoestigma que sufren las personas con un diagnóstico de salud mental. Así pues, en los siguientes apartados se va a llevar a cabo un análisis de las ideas extraídas del grupo de discusión acerca de estos dos temas.

5.3 Estigma social

Con respecto al estigma, por un lado, se hablará de la manera en la que las personas perciben que existe este estigma, y por otro lado se expondrán testimonios que reflejan el estigma social en primera persona. Dicho esto, la primera pregunta que se llevó a cabo estaba enfocada a saber si los participantes creían que había estigma social hacia los trastornos mentales. Tres de los participantes afirmaron que había, mientras que otros tres lo negaron ya que ellos no lo habían percibido.

El informante nº4 mencionó que había estigma social, y que por ejemplo antes este caía en la homosexualidad, pero que actualmente este se había normalizado. Asimismo, mencionó que los estigmas iban cambiando, y que en el siglo pasado el estigma y el desconocimiento se daba en la tuberculosis, y la gente se asustaba si decías que lo tenías. Siguiendo con esto, hizo alusión a que hasta hace poco ocurría con el COVID-19, ya que la gente no se acercaba a quien tenía dicha enfermedad. Finalizó esta intervención diciendo que “se ha normalizado todo, menos la enfermedad mental; la enfermedad mental está desangelada” (informante nº4, comunicación personal, 23 de mayo de 2023). Tras decir esto, mencionó una idea a la que creo importante prestar especial atención, ya que dijo que el estigma se utiliza como mecanismo de autodefensa. Con esto se refirió a que ante lo desconocido y lo que se oye que es perjudicial, atribuimos ideas devaluadoras que se convierten en estigma, para que así parezca que estamos protegidos.

Asimismo, la informante nº6 mencionó que hay estigma porque hasta hace poco no se conocía la enfermedad y era un tema tabú, y que, si una persona dice lo que le ocurre, la gente al no conocer de lo que se habla se crea unas ideas erróneas. De la misma forma, mencionó que “las personas no deberían tenernos tanto miedo, tengas lo que tengas eres un loco...te crees más loco de lo que podrías estar, y es por estas creencias sociales. Y es que te puede venir una depresión u otra enfermedad sin tener motivos, y nos puede tocar a todos” (informante nº6, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Una reflexión que creo conveniente destacar y que explicó uno de los informantes es la siguiente: “Un día escuché una historia que me contaron en la que alguien insultaba a un maestro, y la gente que lo escuchó le dijo: ¿pero por qué no le has dicho nada si te estaba insultando? Y el maestro dijo que esos insultos no iban para él. Esto significa que dice más de la persona que insulta que del que lo recibe” (informante nº4, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Atendiendo ahora a los testimonios, uno de los informantes mencionó que “una cosa es que la enfermedad mental se desconozca y otra que se conozca y que esté oculta...y se esconde y oculta porque no interesa. A mí me han llegado a decir: no cuentes eso, no vaya a ser que digan algo los vecinos...y cuando te dicen algo así te sientes mal” (informante nº1, comunicación personal, 23 de mayo de 2023). Como se puede ver en este caso y en otros que se expondrán a continuación, este testimonio refleja como a veces estas personas tienen que esconder y encubrir las cosas que dicen por lo que la gente pueda pensar, dando lugar a sentimientos de malestar.

Siguiendo con las vivencias personales del estigma, el informante nº4 dijo que cuando le preguntaban que donde iba y contaba que iba a Rey Ardid, le decían que se iba donde los locos. Así mismo, otro de los informantes mencionó que su madre al principio le decía “no vayas a contarlo por ahí, que luego hablan” (informante nº1, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Este mismo informante narró dos situaciones más que creo conveniente destacar para seguir observando de qué manera el estigma se reproduce. Así pues, hablando del sistema de salud pública, este contó lo siguiente: “yo mejoraría la seguridad social, en la privada te atienden antes pero claro, pagas un precio... y yo por ejemplo a veces he ido a urgencias por una crisis de ansiedad y pasan dos o tres horas y te dicen “ah pues yo te veo bien”, porque en ese periodo de tiempo ya se te ha pasado... y yo eso también lo relaciono con el estigma, porque igual se piensan que mentimos o exageramos” (informante nº1, comunicación personal, 23 de mayo de 2023). Relacionando esto con la fundamentación teórica de este trabajo en la que se nombró que en los servicios de sanidad hay actuaciones que perpetúan los prejuicios del estigma, se puede afirmar a través de este testimonio que esto es cierto.

Por último y a modo de cierre, cabe recoger otra experiencia que refleja el estigma. Así pues y siguiendo con el informante nº1, reseñó lo siguiente: “yo tengo un grupo de amigos y a veces hablamos por chat, y el otro día una chica dijo: hay un señor en el bus que está hablando solo, y me está dando miedo. Y yo me pregunté que por qué, si a ella no le molestaba que más le daba...es esa creencia de que los comportamientos de las personas con enfermedad mental dan miedo” (informante nº1, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Estas vivencias personales que se acaban de destacar son solo algunas de las muchas que se podrían nombrar, ya que, aunque la mitad de las personas participantes mencionaron que no creían que hubiese estigma, las otras tres restantes sí. A continuación, se va a tratar el tema del autoestigma, entendido este como el estigma que se aplica sobre la propia persona.

5.4 Autoestigma

Para abordar este tema, se va a tratar el asunto de si los participantes se sienten identificados con el autoestigma, sus experiencias con este, así como si el mismo afecta a su calidad de vida. En un primer momento la moderadora preguntó a los participantes si sabían a que se refería el término. Tras una lluvia de ideas, recogió lo que los participantes habían dicho y, teniendo en cuenta la teoría, explicó brevemente el concepto. Así pues, la primera pregunta que se hizo en el grupo de discusión fue para conocer si en algún momento sentían que habían vivido el autoestigma.

Cinco de los seis participantes aseguraron haber sentido el autoestigma en algún momento de su vida, mientras que el informante nº5 dijo que él no tenía ni estigma ni autoestigma. Centrándonos en los cinco que sí, el informante nº4 mencionó que, si estás viendo continuamente que la sociedad tiene una mala imagen de ti, también te afecta más. En la misma línea, otro de los informantes hizo referencia a la

siguiente idea: “Y también si estás oyendo siempre que una persona con determinada enfermedad ha hecho tal cosa y tú tienes algo parecido, es que te acabas creyendo que tú puedes hacer eso” (informante nº1, comunicación informal, 23 de mayo de 2023).

De la misma manera, el informante nº4 destacó la siguiente idea: “A mí no me importa decir lo que tengo ni hablar del tema aquí, por ejemplo, porque como yo digo, todas las personas que están aquí: son del gremio... y me ayuda hablar, pero yo en mi barrio no puedo decir nada de este tema, porque entonces te señalan. Soy consciente de que estoy estabilizado y soy feliz, tendré mis cosas y llevo la enfermedad bastante bien, pero cuanto menos información tengan los demás de mí, mejor; por eso yo siempre intento dar la mínima información. En ese sentido, si autoestigma es callarse, pues yo sí que lo tengo” (informante nº4, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Así pues, a través de estos informantes se puede afirmar que en muchos casos existe el autoestigma, y en gran parte es por la visión de la sociedad. La informante nº6 mencionó que creía que todo el mundo sufría autoestigma hasta que tienes apoyo, a lo que añadió que el psiquiatra tiene mucho retraso y es la abandonada de las especialidades, dando a entender que este apoyo tan necesario, en ocasiones llegaba tarde.

Para ver de qué manera afecta en el día a día de una persona este autoestigma, los integrantes relataron experiencias personales. El informante nº1 mencionó que hay veces que se calla las cosas, porque si las dice piensa que le pueden encerrar. Este mismo participante, haciendo referencia al mundo laboral, expuso que cuando se busca trabajo no puedes contarle y tienes que ocultarlo, porque entonces el jefe no te quiere contratar. La informante nº3 narró que se retraía por miedo a lo que pudieran decir de ella.

La informante nº6 relató lo siguiente: “Yo cogía una depresión y me quedaba encerrada en mi casa, yo era la rara, la gente no te entiende y es que te puede venir sin motivo... yo al principio no me identificaba. Hacía cosas para que no se me notara y dijese: esta es la rara. También pensaba: algo tengo que he nacido estrellada, el estigma me lo ponía yo misma...” (informante nº6, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Esta misma informante expuso que en alguna ocasión estuvo ingresada en el hospital y refiere que “es una incongruencia, pero me sentía feliz porque no era la rara allí, me costó salir. Hay gente que no entiende la enfermedad, como la depresión crónica que es mi caso, y si a eso le sumas el sufrimiento de la enfermedad...” (informante nº6, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Por último, otro testimonio fue el del informante nº4, quien expuso lo siguiente: “cuando empecé con la enfermedad lo primero que hice fue retraerme, aislarme, autoculparme... yo lo tenía todo, profesionalmente estaba bien y la enfermedad te derrumba y todo se cae, y tienes que empezar de nuevo otra vez. Perdí la habilidad de hablar por teléfono, de comunicarme...no sabía, y estuve así tres o cuatro años. Y a raíz de venir aquí, de las visitas con el psiquiatra... sabía que tenía que remontar”. (informante nº4, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

A través de los testimonios extraídos se observa como estas personas sienten autoculpa y suelen recurrir al ocultamiento, a encerrarse en casa, a llevar a cabo una serie de acciones para disimular su trastorno, a retraerse e incluso a sentirse bien en el hospital y no querer salir, para no sufrir el estigma. Todas estas acciones son manifestaciones del autoestigma, y se puede decir que son estrategias que utilizan para no sufrirlo.

Por último, se pretende abordar si este autoestigma les afecta en su vida diaria y de qué manera. Por un lado, el informante nº1 mencionó lo siguiente: “afecta porque yo creo que muchas veces se

minimiza...tienes una crisis y te dicen que te relajes, y claro, eso no va así, si pudiese relajarme lo haría” (informante nº1, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

El informante nº4 refirió que sí que “afecta, porque te dicen que estás chalado...a mí que cualquier persona me llame loco no me afecta porque me da igual, pero otras cosas claro que me afectan” (informante nº4, comunicación personal, 23 de mayo de 2023). A esta idea, el informante nº2 añadió que sobre todo influía si la persona que te lo decía era de confianza.

Además, dos de los componentes comentaron que en algún momento habían dejado de hacer cosas que querían por miedo a lo que pensase la gente, siendo esto una manifestación de la afectación que tiene el autoestigma. El informante nº1 expresó que “sí, porque además siempre piensas: a mí no puede pasarme, yo nunca voy a tener eso, hasta que te pasa...y sí, sí que he dejado de hacer cosas” (informante nº1, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

De igual manera, la vivencia de otro de los informantes fue la siguiente: “no hacía cosas por miedo, yo misma me he limitado mucho. A veces nos ponemos un letrero que dice: yo tengo esto, y de ahí no salimos. Y también es importante hablar entre nosotros, sino hablamos entre nosotros, ni nos contamos ni nos ayudamos, pues es como que nos atamos” (informante nº6, comunicación personal, 23 de mayo de 2023).

Así pues, se puede decir que el autoestigma afecta en la vida diaria de las personas, haciendo que en ocasiones no hagan lo que les gustaría por miedo.

6. DISCUSIÓN

En este apartado se propone comprobar si se han cumplido tanto los objetivos como las hipótesis planteadas al inicio de la investigación. En primer lugar, el objetivo general que se propuso fue conocer de qué manera afecta el autoestigma a las personas con diagnóstico de salud mental. Se puede afirmar que este objetivo se ha cumplido, tanto a través de la revisión bibliográfica como mediante el grupo de discusión.

Con relación a los objetivos específicos, se propusieron seis. El primer de ellos proponía revisar tanto la bibliografía y los recursos materiales sobre el estigma y autoestigma en salud mental. Este objetivo se ha visto cumplido, ya que, tal y como se expone en el trabajo, se ha llevado una amplia revisión bibliográfica. Cabe destacar que en relación con el autoestigma la búsqueda de materiales no ha sido sencilla ya que es un tema del que todavía no hay mucha información. A pesar de esto, se ha conseguido el objetivo.

El segundo objetivo específico fue el de analizar las repercusiones del autoestigma en la vida de las personas con diagnóstico de salud mental. A través de los materiales obtenidos, así como de la información extraída del grupo de discusión, se ha podido lograr el objetivo, así como demostrar que el autoestigma, en muchas ocasiones, tiene repercusiones negativas en la vida de las personas que lo sufren.

En tercer lugar, el siguiente objetivo propuso estudiar en qué medida el autoestigma tiene consecuencias en las relaciones sociales de las personas con diagnóstico de salud mental. Tal y como se observa en los resultados recogidos en el grupo de discusión, las personas manifestaban que sus relaciones se habían visto influenciadas, en mayor o menor medida. Así pues, este objetivo también se ha podido cumplir.

El siguiente objetivo consistía en describir el papel del Trabajo Social, destacando la importancia de este frente al estigma y autoestigma. Este objetivo se ha cumplido a través de la revisión bibliográfica llevada a cabo.

En última instancia, el objetivo sexto consistió en tratar de visibilizar las situaciones a las que han de enfrentarse las personas con un diagnóstico de salud mental con relación al autoestigma. Este objetivo se ha podido ver cumplido gracias a los testimonios extraídos de distintos estudios en la revisión bibliográfica, así como por las vivencias personales narradas en el grupo de discusión. En ambos sitios se observa y se trata de visibilizar las situaciones por las que pasan estas personas.

Dicho esto, con respecto a las hipótesis planteadas, se propusieron cuatro. La primera de ellas que se propuso fue la siguiente: las personas con diagnóstico de salud mental están muy estigmatizadas. Como se ha observado en los resultados del grupo de discusión, algunos de los participantes sí que sienten que hay estigma y que ellos mismos están estigmatizados, pero otros afirman que ellos nunca lo habían sufrido.

La segunda hipótesis que se propuso fue que el autoestigma tiene consecuencias negativas en la vida de las personas con diagnóstico de salud mental. Tal y como se observa en los resultados del grupo de discusión, todos los informantes del grupo excepto uno, afirman que este tiene consecuencias perjudiciales en su vida.

En tercer lugar, se propuso que las personas con diagnóstico de salud mental creen que a la salud mental se le presta poca atención tanto a nivel social como en el sistema sanitario. Esta hipótesis se ha confirmado a través del grupo de discusión, que además fue tema muy recurrente en ambas sesiones y los integrantes del grupo hicieron hincapié en él.

Por último, la hipótesis planteada fue que las personas que tienen un diagnóstico de salud mental han sentido en algún momento de sus vidas que estaban aisladas o marginadas socialmente. A través de las narraciones de los participantes del grupo se puede demostrar la veracidad de esta hipótesis.

7. CONCLUSIONES

Tal y como se ha reflejado, el estigma está formado de creencias erróneas sobre determinados grupos de la sociedad. Estas ideas se forman en el núcleo social, por lo que los estigmas serán diferentes en función del lugar en el que se encuentren. El estigma acerca de la salud mental no es algo nuevo y ha estado siempre muy presente. El estigma tiene distintas consecuencias, dando lugar en ocasiones a la formación del autoestigma, que es lo que ocurre cuando el propio estigma se vuelca sobre uno mismo.

Esta investigación ha permitido visibilizar la realidad de la situación que viven muchas personas cada día con un diagnóstico de salud mental, así como concienciar a la sociedad. Además, pretende promover el conocimiento acerca de la salud mental, ya que tal y como se ha observado en la revisión bibliográfica y en los testimonios, el estigma y los prejuicios provienen en muchas ocasiones de la desinformación y el desconocimiento.

Este trabajo aspira a hacer reflexionar a aquel que lo lea, para que advierta y sea consciente de todos los aspectos que se esconden detrás de un diagnóstico de salud mental, y que a menudo se hacen invisibles para aquel que no lo sufre. Si al hecho de tener que lidiar con un diagnóstico de salud mental se le suma todas las consecuencias sociales tales como el estigma, el desconocimiento, las connotaciones negativas, el autoestigma, etc., será más dificultosa la recuperación y estabilización de aquel que lo tiene.

Este estudio pretende aportar información nueva acerca el campo de investigación, así como respaldar y apoyar los artículos e investigaciones realizados previamente. A través de la técnica del grupo de discusión se muestra una manera diferente de abordar el tema, proponiendo así un espacio en el que los participantes comparten sus vivencias y experiencias acerca del autoestigma. En un estudio de este tipo es

imprescindible contar con las historias de vida de aquellas personas con diagnóstico de salud mental que viven el autoestigma. Así, se pretende poner sus voces y testimonios en el eje central del trabajo, para poder darles así la importancia que merecen.

Entre las dificultades encontradas a la hora de llevar a cabo la investigación, cabe destacar en primer lugar la poca información disponible que abordase el tema. Así como el estigma es un ámbito estudiado y conocido, el autoestigma es todavía un terreno por explorar.

Además, destacar el tema de la participación, ya que también supuso una limitación a la hora de realizar la investigación. Es preciso señalar que son diversas las barreras con las que se encuentran las personas con diagnóstico de salud mental a la hora de participar. Entre ellas cabe destacar los prejuicios, el paternalismo, las etiquetas, el miedo, etc. A esto cabe destacar que, aunque en un principio seis personas como muestra de una investigación podría parecer un número escaso, es una buena cifra, ya que los índices de participación de las personas con diagnóstico de salud mental son inferiores frente a aquellas que no lo tienen.

A continuación, se pretende formular propuestas de mejora para llevar a cabo con respecto al estigma y autoestigma en salud mental. En primer lugar, se propone que se de una mayor información a nivel social acerca de los problemas de salud mental existentes. Esto podría llevarse a cabo mediante noticias de periódico que fuesen fieles a la realidad y que no diesen información tergiversada, así como mediante campañas que tuviesen distintos objetivos, como la erradicación del estigma y del autoestigma que rodea a la salud mental. En segundo lugar, la salud mental debería de estar entre los temas más relevantes de las políticas públicas llevadas a cabo, para así poder darles una atención prioritaria y de calidad. En último lugar, por parte de los profesionales que estén en contacto con las personas con un diagnóstico de salud mental, es importante desarrollar la labor de empoderamiento poniendo a las personas en valor y procurando que estas participen y sean capaces de decidir lo que quieren para su vida.

En último lugar, cabe concluir que, cuando se escucha a los demás narrar sus propias experiencias e historias de vida, el lenguaje cambia y se pasa de un “vosotros” a un “nosotros”. Las cosas que se tienen en común son muchas más de las que separan, y se puede aprender de la experiencia compartida.

8. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Abad, A. (2015). Marginación y enfermedad mental II. En M. Miranda (Coord.), *Lo social en la salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría*. (1ª ed., pp. 9- 354). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- ActivaMent Catalunya Associació. (25 de marzo de 2013). *Estigma y autoestigma: herramientas para enfrentarlos*. https://issuu.com/activament/docs/taller_estigma_y_autoestigma
- ActivaMent Catalunya Associació. (24 de mayo 2012). *Estigma y autoestigma*. <https://www.activament.org/es/2012/estigma-y-autoestigma/>
- Asociación Española de Neuropsiquiatría. (2009). *Informe sobre la salud mental de niños y adolescentes*. (14). Cuadernos técnicos. <https://consaludmental.org/publicaciones/SaludmentalNinosadolescentes.pdf>
- Comisión de las Comunidades Europeas. (2005). *Mejorar la salud mental de la población. Hacia una estrategia de la Unión Europea en materia de salud mental*. <https://consaludmental.org/publicaciones/LibroVerdeSM.pdf>
- Corrigan, P. W. (2000). Mental health stigma as social attribution: Implications for research methods and attitude change. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 7(1), 48-67. <https://doi.org/10.1093/clipsy.7.1.48>
- Corrigan, P. W., Rafacz, J., y Rüsch, N. (2011). Examining a progressive model of self-stigma and its impact on people with serious mental illness. *Psychiatry Research*, 189(3), 339-343. <https://doi.org/10.1016/j.psychres.2011.05.024>
- Delgado, P. (2021, 2 de junio). Rompiendo el estigma de la salud mental. *Edu News*. <https://observatorio.tec.mx/edu-news/rompiendo-el-estigma-de-la-salud-mental/>
- Fórum de Entidades Aragonesas de Salud Mental. (s.f.). *¿Qué es el estigma?* <https://www.fadesaludmental.es/el-estigma/que-es-el-estigma.html>
- Garcés, E.M. (2010). El Trabajo Social en salud mental. *Cuadernos de Trabajo Social*, 23, 333-352. <https://revistas.ucm.es/index.php/CUTS/article/view/CUTS1010110333A/7489>
- Goffman, E. (1963). *Estigma. La identidad deteriorada*. Amorrortu Editores.
- Gómez, L.T. (2017). Intervención en Salud Mental desde el Trabajo Social. *Margen*, 86, 1-8. https://www.margen.org/suscri/margen86/parada_86.pdf
- González, O. (2009). Enfermedad mental, estigma y legislación. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 29(104), 471-478. <http://www.revistaaen.es/index.php/aen/article/view/16165/16022>
- Gutiérrez, B. (2010). Introducción a los métodos cualitativos: El grupo de discusión. *Centre de Política de Sòl i Valoracions* (pp. 1-11). Universitat Politècnica de Catalunya. https://upcommons.upc.edu/bitstream/handle/2117/12384/Report1_BlancaGuti%C3%A9rrez.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- López, M., Laviana, M., Fernández, L., López, A., Rodríguez, A. M., y Aparicio, A. (2008). La lucha contra el estigma y la discriminación en salud mental. Una estrategia compleja basada en la información disponible. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(1), 43-83. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352008000100004>

- Mazuela, G. (s.f.). *La construcción social del estigma*. <http://gtt-vih.org/book/print/2064>
- Miranda, M. (2015). Marginación y enfermedad mental. En M. Miranda (Coord.), *Lo social en la salud mental (I): Trabajo Social en Psiquiatría* (1ª ed., pp. 9-354). Prensas de la Universidad de Zaragoza.
- Muñoz, M., Pérez, E., Crespo, M., Guillén, A. (2009). *Estigma y enfermedad mental: Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Editorial Complutense, S.A.
- Ochoa, S., Martínez, F., Ribas, M., García-Franco, M., López, E., Villellas, R., Arenas, O., Álvarez, I., Cunyat, C., Vilamala, S., Autonell, J., Lobo, E. y Haro, J. M. (2011). Estudio cualitativo sobre la autopercepción del estigma social en personas con esquizofrenia. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 31(3), 477-498. <https://doi.org/10.4321/s0211-57352011000300006>
- Organización Mundial de la Salud. (3 de junio 2022). *Por qué la salud mental debe ser una prioridad al adoptar medidas relacionadas con el cambio climático*. <https://www.who.int/es/news/item/03-06-2022-why-mental-health-is-a-priority-for-action-on-climate-change#:~:text=La%20OMS%20define%20la%20salud,aportar%20algo%20a%20su%20comunidad%C2%BB>
- Organización Mundial de la Salud. (8 de junio 2022). *Trastornos mentales*. <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/mental-disorders>
- Pérez, L., Utrera, E., Lopera, M.J. (2014). Influencia del autoestigma o estigma internalizado en el funcionamiento social y apoyo social en pacientes con enfermedades mentales atendidos en la comunidad terapéutica de salud mental. *Nure Investigación*, 11(72), 1-8. <https://www.nureinvestigacion.es/OJS/index.php/nure/article/view/29/21>
- Quecedo, R. y Castaño, C. (2002). Introducción a la metodología de investigación cualitativa. *Revista de psicodidáctica*, (14), 5-40. <https://ojs.ehu.eus/index.php/psicodidactica/article/view/142/138>
- Ruiz, L. (2020, 7 de febrero). Modelo biopsicosocial: qué es y como entiende la salud mental. *Psicología y mente*. [Modelo biopsicosocial: qué es y cómo entiende la salud mental \(psicologiaymente.com\)](https://psicologiaymente.com)
- Salud Mental España. (2016). La salud mental en primera persona. Los comités de personas expertas. *Revista Española de Discapacidad*, 4(1). 241-247. <http://dx.doi.org/10.5569/2340-5104.04.01.14>
- Sanchis, S. (2021, 22 de junio). ¿Qué es la profecía autocumplida en psicología? *Psicología Online*. <https://www.psicologia-online.com/que-es-la-profeca-autocumplida-en-psicologia-5407.html>
- Taylor, S. J., y Bogdan, R. (1986). *Introducción a los métodos cualitativos de investigación: la búsqueda de significados*. Paidós.
- Uribe, M., Mora, O.L., Cortés, A.C. (2007). Voces del estigma. Percepción de estigma en pacientes y familias con enfermedad mental. *Universitas Médica*, 48(3), 207-220. <https://www.redalyc.org/pdf/2310/231018668003.pdf>
- Vrbova, K., Prasko, J., Ociskova, M., Kamaradova, D., Marackova, M., Holubova, M., Grambal, A., Slepecky, M. y Latalova, K. (2017). Quality of life, self-stigma, and hope in schizophrenia spectrum disorders: a cross-sectional study. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*. 13(1), 567-576. <https://doi.org/10.2147/NDT.S122483>

9. ANEXOS

Anexo 1. Consentimiento informado

Trabajo de Fin de Grado “El autoestigma en personas con diagnóstico de salud mental”

INVITACIÓN Y PRESENTACIÓN

Esta es una solicitud para que usted participe en el proyecto “El autoestigma en personas con diagnóstico de salud mental”, a fecha de 19 de mayo de 2023.

Este proyecto está relacionado con la asignatura del Trabajo Fin de Grado, tutorizado por Eva M^a Garcés Trullenque y a cargo de la alumna Sara Gresa Muñoz.

Objetivo de la investigación

- Conocer de qué manera afecta el autoestigma a las personas que tienen un diagnóstico de salud mental.
- Analizar el estigma y el autoestigma, así como su repercusión en las personas con diagnóstico de salud mental y sus relaciones sociales.
- Visibilizar las situaciones a las que han de enfrentarse personas con un diagnóstico de salud mental.

Invitación

Usted ha sido invitado/a a participar porque su experiencia tiene mucha importancia.

Participación voluntaria

Ha de saber que su participación en este estudio es voluntaria y que puede decidir no participar o cambiar su decisión y retirar el consentimiento en cualquier momento sin indicar ningún motivo particular.

Confidencialidad

El tratamiento, la comunicación y los datos que se recogen será confidenciales y no será utilizada por ningún otro propósito fuera del proyecto.

Si está de acuerdo en participar, firme a continuación.

Quiero participar en la investigación que se me ha propuesto y he podido preguntar y resolver dudas con los miembros del equipo investigador.

Nombre de la persona participante

Nombre del investigador/a

Firma de la persona participante

Firma del investigador/a