

Familiarización con el estigma: una breve introducción

Stephanie Rodrigues, PhD

Cuando las personas logran una comprensión personal de los hechos, es menos probable que estigmaticen las enfermedades mentales y es más probable que busquen ayuda para los problemas de salud mental. Las acciones para reducir el estigma, aumentar la conciencia y fomentar el tratamiento crean un ciclo positivo que tiene como resultado una población más sana.

Comisión Presidencial New Freedom para la Salud Mental, 2003

Deténgase un momento y piense en la cantidad de información que procesa diariamente para circular con éxito por el mundo. Es una cantidad enorme, ¿verdad? Entonces, ¿cómo hacemos para manejar todo eso? Una forma es la creación de estereotipos. La creación de estereotipos, una estructura cognitiva social, nos puede ayudar a categorizar el flujo constante de información que debemos procesar para simplificar nuestras vidas (Corrigan, 2004). Cuando se utiliza de forma positiva, la creación de estereotipos nos puede ayudar a llevar a cabo las actividades cotidianas de forma rápida y eficiente, evitar momentos incómodos como ingresar a un baño equivocado y nos ayudan a identificar a los profesionales con habilidades especializadas (p. ej., bomberos, médicos, abogados) que nos pueden ayudar a resolver problemas que probablemente requieran un apoyo adicional. Sin embargo, la creación de estereotipos también puede hacer que surjan creencias negativas sobre un grupo de personas, como aquellas con enfermedades mentales, y esto da lugar a estigmas y a desequilibrios en la atención (Corrigan, 2004).

En este Boletín definimos el estigma, describimos sus consecuencias negativas y ofrecemos maneras de combatir el estigma y promover el compromiso con la atención.



Conceptualización del estigma

Link y Phelan (2001) conceptualizan el estigma como el resultado de cinco factores interrelacionados:

1. El rotulado de las diferencias de las personas (p. ej., personas con diagnóstico de esquizofrenia frente a personas sin diagnóstico de esquizofrenia)
2. La asociación de las personas rotuladas (p. ej., personas con esquizofrenia) con estereotipos negativos (p. ej., incompetencia, violencia)
3. La asignación de las personas rotuladas a diferentes grupos (p. ej., “psicópata”), lo que da lugar a miembros que pertenecen a un grupo frente a miembros que no pertenecen a este
4. La pérdida de estatus y la discriminación que sufren las personas rotuladas, lo que genera desventajas en lo referente a la educación y el empleo, así como las necesidades básicas, como la vivienda y la atención médica
5. La perdurabilidad de la aceptación generalizada de la rotulación, la creación de estereotipos, la separación y la discriminación a través del poder social, económico o político.

Ahora que está familiarizado con la conceptualización del estigma, permítanos seguir desarticulando el estigma mediante

el análisis de los tipos de estigma y sus consecuencias.

El estigma social frente al autoestigma y sus consecuencias

El estigma social y el autoestigma actúan juntos, se complementan e impiden la recuperación (Corrigan, 2004).

El estigma social es una reacción social negativa que da como resultado un prejuicio hacia un grupo de personas con un rasgo que se considera negativo, por ejemplo, una enfermedad mental (Corrigan, 2004). El estigma social intensifica el deseo de las personas con enfermedades mentales de distanciarse socialmente, lo que genera la pérdida de oportunidades de empleo y vivienda, así como la disminución del apoyo social por parte de los familiares y los amigos (Pescosolido et al., 2010).

El autoestigma es una reacción negativa interiorizada que da como resultado vergüenza debido a la pertenencia a un grupo estigmatizado (Corrigan, 2004; Rüschi et al., 2006). La vergüenza es una reacción emocional involuntaria que se desarrolla como resultado de los defectos percibidos (p. ej., una enfermedad mental) que reconoce uno mismo y/o los demás. La vergüenza es angustiante y debilitante (Rüschi et al., 2009). Las personas que sienten vergüenza sufren una disminución de la autoestima y la autonomía (Baldwin, Baldwin y Ewald, 2006; Rüschi et al., 2006), las cuales están asociadas con el autoestigma (Corrigan, Watson y Barr, 2006; Rodrigues et al., 2013). Estas consecuencias negativas pueden generar una imagen deficiente de uno mismo, lo que inhibe la participación en la atención y otras actividades orientadas a la recuperación, lo cual se explica mejor por el efecto de "por qué intentar" (Corrigan, Larson y Rüschi, 2009).

Evitar los rótulos. Las personas que se empeñan en evitar los rótulos procuran no asociarse con personas y/o instituciones que las puedan vincular con un grupo estigmatizado (p. ej., consumidores y proveedores de servicios de salud mental, y centros de tratamiento). Las personas se empeñan en evitar los rótulos para sortear las consecuencias negativas del estigma social y el autoestigma, incluso cuando esto implica prescindir de los servicios disponibles que han demostrado tener un impacto duradero sobre la recuperación (Corrigan y Wassel, 2008; Rodrigues et al., en proceso de impresión).

Por lo tanto, el temor a la estigmatización, un obstáculo muy consolidado y persistente para la atención, da lugar a una comunidad de personas que suelen sufrir en silencio hasta que es necesaria una intervención de emergencia y la recuperación se convierte en una tarea mucho más difícil y extensa.

Combatir el estigma para promover el compromiso con la atención

Es posible que a menudo la enfermedad mental se oculte y el miedo a que se conozca puede complicar las iniciativas de alcance, así como el compromiso con la atención y la retención. Los profesionales deben estar atentos a estos efectos del estigma y cumplir con las siguientes recomendaciones para fomentar la divulgación y el compromiso con los servicios de salud mental:

Médicos de cabecera

- Incorporar una detección de problemas de salud mental de rutina en las visitas de atención primaria.
- Hacer derivaciones de tratamiento y realizar derivaciones cordiales a los profesionales/servicios de salud mental siempre que sea posible.

Profesionales de la salud mental:

- Preguntar si tiene inquietudes sobre el estigma y abordarlas en la planificación del tratamiento y la psicoeducación para las personas con condiciones de enfermedad mental y sus familias.
- Fomentar la participación en las redes de apoyo dirigidas por pares que desafían el estigma y la vergüenza, y dan esperanza sobre la salud mental y la recuperación.

En conclusión, los profesionales y la sociedad en general deben evitar describir a las personas por sus enfermedades diagnosticadas (p. ej., "él/ella es esquizofrénico/a"). El uso del *person-first language* [lenguaje que pone a la persona en primer lugar] (p. ej., una persona con esquizofrenia) implica respeto al poner énfasis en la persona y no en el trastorno.

Recursos adicionales

- Recurso sobre *Person-First Language*:
http://www.asha.org/publications/journals/submissions/person_first/
- Centro de Recursos para Combatir la Discriminación y el Estigma:
http://www.nami.org/Content/ContentGroups/Home4/Home_Page_Spotlights/Spotlight_1/ADS_Center_Spotlights_Anti-Stigma_Programs.htm
- NAMI StigmaBusters:
http://www.nami.org/template.cfm?section=fight_stigma
- Videos de la Campaña de Lucha contra el Estigma del Consejo Asesor de *Mental Health Experienced & Years of Understanding* (MHE & YOU, por sus siglas en inglés) para celebrar el mes de la Concientización sobre la Salud Mental:
<http://www.umassmed.edu/cmhsr/stigmafightingstatements.aspx>

Este es un producto de *Psychiatry Information in Brief*. Se puede encontrar una copia electrónica de este boletín informativo con las referencias completas en <http://scholarship.umassmed.edu/pib/vol11/iss4/1>

Las opiniones vertidas en este boletín son las de los autores y no necesariamente las de la Facultad de Medicina o el Departamento de Psiquiatría de la Universidad de Massachusetts.

Referencias

- Baldwin, K. M., Baldwin, J. R., & Ewald, T. (2006). The relationship among shame, guilt, and self-efficacy. *American Journal of Psychotherapy*, 60(1), 1–21.
- Corrigan, P. W. (2004). How stigma interferes with mental health care. *American Psychologist*, 59(7), 614–625.
- Corrigan, P. W., Larson, J. E., & Rüsch, N. (2009). Self-stigma and the “why try” effect: impact on life goals and evidence-based practices. *World psychiatry official journal of the World Psychiatric Association WPA*, 8(2), 75–81.
- Corrigan, P. W., & Wassel, A. (2008). Understanding and influencing the stigma of mental illness. *Journal of psychosocial nursing and mental health services*, 46(1), 42–48.
- Corrigan, P. W., Watson, A. C., & Barr, L. (2006). The Self-Stigma of Mental Illness: Implications for Self-Esteem and Self-Efficacy. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 25(8), 875–884. doi:10.1521/jscp.2006.25.8.875
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363–385. doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Pescosolido, B. A., Martin, J. K., Long, J. S., Medina, T. R., Phelan, J. C., & Link, B. G. (2010). “A disease like any other”? A decade of change in public reactions to schizophrenia, depression, and alcohol dependence. *The American Journal of Psychiatry*, 167(11), 1321–1330.
- Rodrigues, S., Bokhour, B., Mueller, N., Dell, N., Osei-Bonsu, P. E., Zhao, S., Elwy, A. R. (in press). Impact of stigma on veteran treatment-seeking for depression. *American Journal of Psychiatric Rehabilitation*.
- Rodrigues, S., Serper, M., Novak, S., Corrigan, P., Hobart, M., Ziedonis, M., & Smelson, D. (2013). Self-Stigma, Self-Esteem, and Co-occurring Disorders. *Journal of Dual Diagnosis*, 9(2), 129–133. doi:10.1080/15504263.2013.777988
- Rüsch, N., Corrigan, P. W., Powell, K., Rajah, A., Olschewski, M., Wilkniss, S., & Batia, K. (2009). A stress-coping model of mental illness stigma: II. Emotional stress responses, coping behavior and outcome. *Schizophrenia Research*, 110(1-3), 65–71.
- Rüsch, N., Hölzer, A., Hermann, C., Schramm, E., Jacob, G. A., Bohus, M., Lieb, K., Corrigan, P. W. (2006). Self-stigma in women with borderline personality disorder and women with social phobia. *The Journal of nervous and mental disease*, 194(10), 766–773.

[Familiarización con el estigma: una breve introducción - S. Rodrigues](#)