

I CONGRESO NACIONAL DE SENSIBILIZACIÓN AL ESTIGMA SOCIAL EN SALUD MENTAL

Libro de Actas

*Adolfo J. Cangas y Noelia Navarro (eds.)
Universidad de Almería*



I CONGRESO NACIONAL DE SENSIBILIZACIÓN AL ESTIGMA SOCIAL EN SALUD MENTAL

Libro de Actas

Adolfo J. Cangas y Noelia Navarro (eds.)

Entidades organizadoras

Grupo de investigación Hum-760 (Universidad de Almería).

Asociación para el Avance de la Psicología y la Educación.

UGC Salud Mental de Almería.

Área Integrada de Gestión de Salud Mental de la Agencia Pública Empresarial Sanitaria Hospital de Poniente.

*UGC Salud Mental Almería Norte, Área gestión sanitaria norte de Almería
Plataforma Almería Tierra sin Estigma.*

Entidades colaboradoras

Instituto Superior de Psicología Alborán (ISPA)

Asociación En primera persona

Facultad de Psicología de la Universidad de Almería

Facultad de Ciencias de la Salud de la Universidad de Almería

Federación Andaluza para la Integración Social del Enfermo Mental. FAISEM

*Federación Andaluza de Familiares y Personas con Enfermedad Mental,
FEAFES Andalucía*

Asociación Española para el Avance de la Psicología, AEPAP

Asociación para la Promoción de la Salud Mental en Almería

Excma. Diputación Provincial de Almería.



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA





Edita: Alborán Editores®.
C/ Periodista Fernando Gómez de la Cruz,17 B7
18014 Granada. Tlf: 958 52 18 32
www.alboran-editores.com

ISBN: 978-84-616-2021-0

Depósito Legal: GR 3329-2012

Impreso en España - *Printed in Spain.*

Maquetación y cubierta: labrujulacreaciones@gmail.com

ÍNDICE

1. Estigma versus recuperación.	1
<i>Domingo Díaz del Peral</i>	
2. Una intervención basada en la flexibilidad psicológica para modular el impacto del estigma y el prejuicio: revisión descriptiva de la evidencia empírica.	3
<i>Akihiko Masuda, Mary L. Hill, Jessica Morgan y Lindsey L. Cohen</i>	
3. Estudio sobre Estigma en Salud Mental en la población de Almería capital	18
<i>Ana M. Moreno, Francisca Sánchez y Manuel López de Lemus</i>	
4. Comparación del efecto de un programa basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y otro basado en Psicoeducación sobre el estigma asociado a los trastornos mentales.	27
<i>Isabel Fernández, Adolfo J. Cangas y José A. Carmona.</i>	
5. El IRAP como medida del estigma y prejuicio: una revisión descriptiva de la evidencia empírica disponible. Aportaciones para el estudio del estigma inherente a los trastornos del espectro esquizofrénico.	35
<i>Noelia Navarro y Adolfo J. Cangas</i>	
6. Des-estigmatizando los delirios: Bosquejo de tres modelos psicológicos.	45
<i>José Manuel García Montes</i>	
7. Actitudes y creencias de alumnos de enfermería hacia las personas con alteraciones en la Salud Mental.	55
<i>Genoveva Granados, María Mar López y Verónica Márquez</i>	
8. Inmigrante y enfermo mental. Un doble estigma.	59
<i>Pedro Luís Ibáñez Allera.</i>	
9. Actitudes de los/as profesionales sanitarios/as de Almería hacia la enfermedad mental	61
<i>M^a Dolores Sanz, Rosario Ruiz y Rosa Agüero</i>	
10. Combatir el estigma desde la promoción de la Salud Mental: Taller de uso adecuado de las nuevas tecnologías	63
<i>Macarena Marín, Andrés Fontalba, Virginia Gil, Magdalena Bonillo, Jose Rodriguez y Francisca Rojas Segura</i>	
11. Uno +. Plataforma de la Fundación Manantial contra el estigma. ¿Te sumas?	71
<i>Alicia Molina Solana</i>	
12. El grupo de Guiñol “Ce-De” llega a las aulas	73
<i>Gema Miralles, Juan Carlos Peña, Rafael Molina, José Antonio Muñoz, Gedeón Pastor y Enma Pascual</i>	
13. Participación social contra el estigma	75
<i>Julio Castellano y Elías Moreno</i>	

14. La enfermedad mental es cosa de “todos y todas”: una campaña participativa	77
Ponencia 1 “Una campaña de sensibilización en marcha”	
<i>Villaescusa, O., van der Hofstadt, M.D., Carpio, E., Llorca, A.C., Filgueira, M.D., Moñino, C. y Pascual, E.</i>	
Ponencia 2 “La voz de la experiencia: Nuestra participación en la campaña”	
<i>Gisbert, L.M., Muñoz, J.A., Ortega, A., Pastor, G., van der Hofstadt, M.D., Pascual, E., Moñino, C. y Carpio, E.</i>	
Ponencia 3 “Mirando hacia atrás y caminando hacia delante: El Estigma en primera persona”	
<i>Vicente, M.T. y Villaescusa, O.</i>	
15. Programa de integración social para personas con enfermedad mental “Remolinos de quijotes”	79
<i>Salvador Toledano, Francisco Gómez, Josefina Aranda y Encarnación Linares</i>	
16. El proyecto Saltando Muros y la presencia de la voz de personas con Trastorno Mental Grave en la sociedad a través de la RED	81
<i>Esther Sanz Sánchez</i>	
17. Estrategia de sensibilización y lucha contra el estigma de la enfermedad mental en Andalucía “1decada4”: Acciones desarrolladas y reflexiones tras 6 años de trabajo intersectorial	87
<i>Pablo García-Cubillana de la Cruz</i>	
18. Salud mental y medios de comunicación: una relación compleja	91
<i>Ángel Luis Mena Jiménez</i>	
19. Deporte y recuperación en personas con trastornos mentales graves.	97
<i>Andrés López Pardo.</i>	
20. Encadenados al cuerpo: Estigma, incomprensión y responsabilidad en Anorexia Nerviosa	107
<i>Francisco Martín-Murcia.</i>	
21. Humanos, salud, derechos.	115
<i>Joan García.</i>	

ESTIGMA VERSUS RECUPERACIÓN

Domingo Díaz del Peral

Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería

La recuperación de la persona con enfermedad mental es posible, depende del propio individuo, de la familia, del sistema de atención y de la sociedad. Estas personas se enfrentan a un doble problema: la enfermedad y el estigma social que conlleva. Basado en mitos y prejuicios, influye negativamente en la evolución, pronóstico y en el proceso de recuperación. La literatura científica actual destaca que el estigma y la discriminación hacia las enfermedades mentales y las personas que las padecen afectan directamente a la atención prestada a su salud mental. Diversos estudios, que utilizan metodología cualitativa, han señalado que parte importante del estigma percibido por usuarios/as y familiares proviene en parte del sistema público de atención sanitaria, incluidos los dispositivos de Salud Mental y los/as profesionales que trabajan en ellos.

Simultáneamente, cada vez está adquiriendo más protagonismo, el enfoque hacia la recuperación en la orientación de las prácticas y de los servicios de salud mental. Es un valor cardinal para orientar la actividad profesional: el reconocimiento, con todas sus consecuencias, del derecho de la persona con enfermedad mental a construir un proyecto de vida, con sentido para ella misma, independientemente de la presencia o no de síntomas de la enfermedad mental... construir una vida “más allá de la enfermedad”.

La principal barrera a la que se enfrentan pacientes y profesionales para lograr que las personas inicien su proceso de recuperación es el estigma social, y muy especialmente el auto-estigma, que impide a la persona creer en sus propias posibilidades para lograr una vida digna. En este sentido, algunos aspectos clave a considerar son: aumentar la “personalización” y la toma de decisiones por parte de los pacientes, redefinir qué consideramos mejoría o progreso de los pacientes, asumir riesgos, redefinir la participación de los pacientes (en su plan de tratamiento y en la organización y evaluación del servicio), etc.

UNA INTERVENCIÓN BASADA EN LA FLEXIBILIDAD PSICOLÓGICA PARA MODULAR EL IMPACTO DEL ESTIGMA Y EL PREJUICIO: REVISIÓN DESCRIPTIVA DE LA EVIDENCIA EMPIRICA

Akihiko Masuda, Mary L. Hill, Jessica Morgan y Lindsey L. Cohen
Georgia State University, USA

Resumen

En los últimos años, se han producido crecientes esfuerzos por comprender y modular el estigma y los prejuicios desde la perspectiva del modelo de flexibilidad psicológica, un modelo pragmático de la conducta humana compleja. El presente artículo ofrece una visión general de la evidencia empírica sobre la aplicabilidad del modelo de flexibilidad psicológica, y su estrategia de aplicación, la terapia de aceptación y compromiso (ACT), con el estigma y los prejuicios. Los resultados preliminares sugieren que el modelo de flexibilidad psicológica y ACT son estrategias prometedoras para la reducción del estigma y el prejuicio; sin embargo, la investigación y el perfeccionamiento del modelo y de ACT son cruciales para mejorar significativamente el sufrimiento humano relacionado con el estigma y los prejuicios.

Introducción

El estigma hacia las personas basado en su pertenencia a un grupo es una de las principales fuentes de la miseria humana. El prejuicio y la discriminación basada en la categorización del estatus del grupo se encuentra en casi todos los ámbitos de la sociedad incluyendo el empleo, la vivienda, la educación, la salud, los sistemas judiciales y financieros (ej. Pager y Shepherd, 2008). Los procesos verbales y socioculturales en estas áreas derivan en consecuencias negativas emocionales y de salud para las víctimas de la discriminación por motivos de raza y origen étnico (Pascoe y Richman, 2009), enfermedad mental (Livingston y Boyd, 2010), adicción (Luoma y Kohlenberg, en prensa), condición de VIH positivo (González, Salomón, Zvolensky y Miller, 2009), obesidad (Puhl y Heuer, 2009), y minoría sexual (Yadavaia y Hayes, 2012). Dado su impacto significativo, el estigma y el prejuicio son objetivos importantes para reducir el sufrimiento humano y mejorar la calidad de vida de las personas que históricamente han sido marginadas.

Modelo de flexibilidad psicológica

El modelo de flexibilidad psicológica (Hayes, Luoma, Bond, Masuda y Lillis, 2006) es una teoría pragmática de la conducta humana compleja. El modelo es pragmático en el sentido de que el objetivo no es solamente comprender los fenómenos conductuales de interés (ej. estigma, prejuicio), sino también influir sobre ellos para avanzar hacia un objetivo específico (ej. la reducción de la estigmatización en la sociedad). Este modelo aplicado se deriva de la teoría de los marcos relacionales (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001) y su estrategia

de intervención basada en estos principios se denomina terapia de aceptación y compromiso (ACT; Hayes, Strosahl y Wilson, 2012).

En los últimos años, el modelo de flexibilidad psicológica, inicialmente desarrollado como un marco conceptual para la psicopatología y la salud psicológica ha sido aplicado a cuestiones relacionadas con el estigma y prejuicio (ej. Hayes, Niccolls, Masuda y Rye, 2002; Lillis y Hayes, 2007; Masuda et al., 2007). Aunque la investigación en la aplicación del modelo de flexibilidad psicológica y ACT en el estigma y prejuicio está aún en sus primeras fases, diversos estudios han investigado su aplicabilidad a las distintas formas de estigma y prejuicio. Por tanto, el objetivo del presente artículo es revisar la literatura donde se aplica específicamente el modelo de flexibilidad psicológica y ACT en el estigma y prejuicio.

Modelo de flexibilidad psicológica y estigma y prejuicios

El modelo de flexibilidad psicológica considera el estigma y el prejuicio como un proceso generalizado que involucra la deformación de ciertas habilidades verbales del lenguaje normal y útil (Hayes et al., 2001). Más específicamente, el estigma y el prejuicio son definidos como el proceso de la objetivación y deshumanización del yo o de otros como resultado de su participación en procesos verbales de categorización, asociación y evaluación (Hayes et al., 2002). Esta amplia definición incluye los prejuicios y la discriminación dirigida a cualquier categorización y evaluación verbal de grupos de individuos (ej. categorización social), como “negro”, “blanco”, “gay”, “musulmán”, “mujer”, “pobre”, “psicótico”, “adicto”, “minusválido”, “obeso”, y así sucesivamente. Esta definición también pone de relieve el papel de los procesos verbales que hacen posibles los actos de prejuicio y discriminación.

Los procesos normales de carácter verbal de categorización, asociación y evaluación pueden ocurrir en prácticamente cualquier contexto sociocultural de forma automática e inconsciente. Desgraciadamente, esta automaticidad es también aplicable al estigma y prejuicio. Por ejemplo, muchas personas, incluyendo aquellas que niegan las actitudes prejuiciosas, mantienen implícitamente (es decir, de forma automática e inconsciente) sesgos raciales (Greenwald, Poehlman, Uhlmann y Banaji, 2009). Los sesgos implícitos son importantes ya que pueden influir sutilmente en las acciones discriminatorias en una variedad de formas incluso aunque uno no sea consciente de ellos (Dasgupta, 2004).

El estigma y el prejuicio son también inherentemente rígidos (Haghighat, 2001; Kurzban y Leary, 2001). Las nuevas ideas oponen resistencia si entran en conflicto con estereotipos consistentes (Moxon, Keenan y Hine, 1993), los esfuerzos para suprimir pensamientos no deseados resultan a menudo, paradójicamente en un incremento de su frecuencia e intensidad (Wenzlaff y Wegner, 2000), y una vez más ocurren cogniciones implícitas automáticamente y potencialmente fuera de la propia conciencia (Greenwald y Banaji, 1995). La estigmatización y el prejuicio pueden generalizarse en parte, porque facilitan las complejas interacciones socioculturales (Macrae, Milne y Bodenhausen, 1994). Como resulta-

do, la habilidad de categorizar socialmente u asociar arbitrariamente categorías verbales se aprende en la infancia temprana y continúa durante toda la vida (Hayes et al., 2001). Dado el carácter universal y rígido del estigma y el prejuicio, algunos investigadores han cuestionado la viabilidad de cambiar directamente los pensamientos estigmatizantes y perjudiciales en forma y frecuencia (Bargh, 1999).

Debe tenerse en cuenta que diversas formas de estigma y prejuicio, pese a variar en su contenido, pueden no ser cualitativamente diferentes de otras en principios de función. De acuerdo con el modelo de flexibilidad psicológica, el estigma y el prejuicio se definen como procesos generales de tener sesgos y la participación en la discriminación hacia individuos basándose en categorías de evaluación arbitrarias, independientemente de su forma topográfica particular (ej. racismo vs. sexismo). Esta posición conceptual es apoyada en parte por el hallazgo de que las actitudes prejuiciosas hacia los diversos grupos tienden a co-ocurrir y comprender una única variable latente (por ejemplo Bäckström y Bjorklund, 2007). Por ejemplo, las personas que están sesgadas en contra de los afroamericanos tienden a tener prejuicios hacia otras minorías étnicas, las mujeres y las minorías sexuales (Akrami, Ekehammar y Bergh, 2011). Estos hallazgos sugieren que las intervenciones pueden ser más eficaces si se dirigen a los procesos verbales que subyacen al estigma y al prejuicio, en lugar de centrarse en el contenido de las creencias y prejuicios hacia grupos específicos.

Intervenciones basadas en la flexibilidad psicológica para la modulación del impacto del estigma y prejuicio

Las principales características de una intervención ACT para el estigma y el prejuicio tienen su foco en (a) los procesos verbales de categorización, asociación y evaluación subyacentes más que en el contenido topográfico específico de los pensamientos estigmatizantes; y (b) la promoción de acciones intrínsecas y prosociales alternativas o incompatibles con la estigmatización y discriminación, en lugar de desafiarlas directamente, y esforzarse en refutar el estigma y el prejuicio. Curiosamente, dentro de la literatura sobre el estigma y las intervenciones en los prejuicios (Paluck y Grenn, 2009), las tendencias emergentes han comenzado a destacar la relevancia conceptual y práctica de los procesos de flexibilidad psicológica que son el objetivo de la intervención de ACT.

Desactivación de la presión social y la supresión de pensamientos. Una estrategia común para la reducción del estigma y prejuicio es apelar a los procesos de influencia social. Los ejemplos incluyen las opiniones de expertos (ej. Levy, Stroessner y Dweck, 1998), protestas (para una revisión, ver Corrigan y Penn, 1999), mensajes de normas sociales (ej. Stangor, Sechrist y Jost, 2001), y una variedad de mensajes sociales directos e indirectos que señalan que una creencia prejuiciosa o estigmatizante dada es mala y que no se debería estigmatizar. Aunque estos métodos apelan al sentido común, la investigación indica que cuando

la modulación del estigma y prejuicio es impulsada por esos motivadores externos (ej. la presión social), pueden producirse incrementos paradójicos en la estigmatización y en las actitudes y comportamientos prejuiciosos (ej. Legault, Gutsell e Inzlicht, 2011).

La motivación externa por sí sola puede conducir a un incremento en el estigma y prejuicio en parte porque puede motivar a estrategias ineficaces de supresión (Hausmann y Ryan, 2004). Los efectos paradójicos de la supresión de pensamiento han sido bien documentados en la literatura de la psicología (ej. Wenzlaff y Wegner, 2000). Cuando las personas sienten la presión social para no estigmatizar o tener pensamientos prejuiciosos –que son considerados negativos-, intentan naturalmente suprimir o controlar sus pensamientos estigmatizantes o prejuiciosos. Paradójicamente, tales esfuerzos de supresión es probable que produzcan un incremento subsecuente tanto en estos pensamientos como en los comportamientos discriminatorios hacia la población objetivo (por ejemplo, Galinsky y Moskowitz, 2000). Es decir, el beneficio potencial puede encontrarse en formas más indirectas focalizadas hacia el estigma y el prejuicio que en alentar explícita o implícitamente la supresión de pensamientos. El énfasis en la elección de comportamientos dirigidos a valores, así como la aceptación y defusión de los pensamientos prejuiciosos (ej. experimentar un pensamiento estigmatizante como un simple evento mental más que como una representación de la realidad) en ACT son estrategias que han demostrado ser efectivas (Hayes et al., 2004).

Mejorar la motivación interna. Recientemente, los investigadores han examinado los beneficios de aumentar la motivación interna o autodeterminada para regular el estigma y los prejuicios. Es decir, los estudios recientes han puesto de relieve el valor de aumentar los motivadores personalmente relevantes que se basan en un sentido de autonomía y elección. Una mayor motivación interna está relacionada con una regulación más eficaz del estigma y prejuicio, incluso cuando los recursos de autocontrol se agotan (Legault, Green-Demers y Eadie, 2009). Del mismo modo, las intervenciones enfatizan la motivación interna para la regulación tanto del prejuicio explícito como implícito (Legault et al., 2011). Por lo tanto, la motivación vinculada a la elección de objetivos y valores personalmente relevantes “prosociales” (“nosotros” vs. “ellos” en lugar de “nosotros” vs. “ellos”) puede ser una vía prometedora para la reducción del estigma y prejuicio (Masuda et al., 2009).

Aumentar la conciencia del estigma automático y los prejuicios. Las formas sutiles de prejuicio contemporáneo más comunes (ej. racismo moderno) comparten una característica común en la que los individuos niegan explícitamente las creencias prejuiciosas, pero sin embargo demuestran sesgos implícitos (Todd, Bodenhausen, Richeson y Galinsky, 2011). Podría ser que la falta de conciencia o de voluntad para admitir los prejuicios condujera a esta desconexión entre las

creencias explícitas e implícitas. Por lo tanto, un paso importante en la focalización de esta forma sutil de prejuicio involucra elevar la conciencia de las propias reacciones prejuiciosas y estigmatizantes, por lo que su influencia en el comportamiento puede ser modulada por esa conciencia (Monteith y Mark, 2005). En línea con este enfoque, un estudio encontró que promover activamente la conciencia de los momentos donde uno mostró prejuicios redujo la conducta discriminatoria entre individuos con bajos prejuicios explícitos y altos prejuicios implícitos (Son Hing, Li y Zanna, 2002). Del mismo modo, incrementar la conciencia de los propios sesgos es un componente principal de las competencias de entrenamiento multiculturales para los clínicos (Sue, Zane, Hall, y Berger, 2009).

Promoción de la flexibilidad cognitiva, la toma de perspectiva y la empatía. Un gran número de estudios han encontrado soporte empírico para las intervenciones en la reducción de prejuicio que buscan alterar el proceso de favorecer la percepción que se tiene del endogrupo respecto a la exogrupal apuntando a la relevancia del estatus particular del grupo (Paluck y Grenn, 2009). Estas intervenciones contextuales expandidas y elaboradas sobre la percepción de estatus del grupo reducen el énfasis en el “nosotros” vs “ellos”. Los estudios también han encontrado que manipulaciones en la toma de perspectiva tales como escribir o imaginarse lo que alguien que pertenece a un grupo marginado puede estar pensando y sintiendo puede reducir el prejuicio explícito e implícito, así como incrementar la empatía y las interacciones positivas con las personas que pertenecen a grupos minoritarios (ej. Galinsky y Moskowitz, 2000; Shih, Wang, Bucher, y Stotzer, 2009). Del mismo modo, estas diferencias entre endo y exo grupos pueden reducirse fomentando la identificación en una categoría global que sitúe a ambos individuos en el mismo grupo interno (igualdad en el grupo). Un ejemplo de esta estrategia serían las intervenciones centradas en la compasión diseñadas para fomentar el sentido de los común en el sufrimiento como seres humanos (Fredrickson, Cohn, Coffey, Pek y Finkel, 2008)2001. Las intervenciones basadas en la compasión parecen funcionar, al menos parcialmente, al incrementar las similitudes entre uno mismo y los otros, donde los otros son vistos como más parecidos en una dimensión destacada (Galinsky et al., 2005)it increases stereotypicality of one’s own behavior (through inclusion of the other in the self.

Aumentar el contacto. La evitación es una característica destacada del estigma y el prejuicio; los grupos marginados están generalmente excluidos socialmente (Markowitz, 1998).El incremento del contacto con individuos pertenecientes a grupos marginados es uno de los enfoques más conocidos para la reducción del estigma y prejuicio (Corrigan y Penn, 1999). Un metaanálisis de 515 estudios ha encontrado fuertes evidencias empíricas del impacto de incrementar el contacto en la reducción del prejuicio (Pettigrew y Tropp, 2006). Los efectos son particularmente importantes cuando el contacto ocurre bajo condiciones

ideales que incluyen la igualdad, cooperación, apoyo de las autoridades y un objetivo compartido (Pettigrew y Tropp, 2006). La investigación sugiere que el incremento del gusto, la empatía y la sinceridad, así como la disminución de la ansiedad intergrupala podría dar cuenta de cómo el contacto intergrupala reduce el prejuicio (ej. Turner, Hewstone y Voci, 2007). Además, la importancia personal del contacto es una variable clave para predecir si un mayor contacto permite la reducción del prejuicio (Van Dick et al., 2004).

Resumen. Esta revisión selectiva pone de relieve las tendencias emergentes consistentes con un enfoque que promueva la flexibilidad psicológica para la reducción del estigma y los prejuicios. Dentro del campo de la reducción del estigma y los prejuicios, los investigadores están explorando métodos centrados en cómo enfrentarse a pensamientos prejuiciosos, de motivación y conductas intergrupales. Los investigadores han comenzado a desarrollar y evaluar métodos consistentes con la sensibilidad a la flexibilidad psicológica, como enseñar a tomar conciencia y flexibilidad con los pensamientos prejuiciosos, estrategias para desactivar la supresión de pensamientos, enfatizar la motivación interna para la reducción del prejuicio más que la motivación externa, promover la toma de perspectiva y fomentar las interacciones entre grupos dentro de un contexto cooperativo y prosocial. A continuación, se discute la evidencia empírica de las intervenciones de ACT para el estigma y el prejuicio.

Terapia de Aceptación y Compromiso para el estigma y prejuicio

Como se ha comentado anteriormente, diversos estudios preliminares han investigado la aplicabilidad de las intervenciones basadas en la flexibilidad psicológica (ej. ACT) en un gran número de diferentes tipos de estigma y prejuicio. Éstos incluyen tratamientos orientados hacia el estigma hacia otros –estigma público hacia la enfermedad mental, prejuicio racial y el estigma de los terapeutas hacia los clientes con adicciones –e intervenciones focalizadas en el estigma contra el yo –estigma contra el yo relacionado con el peso, en adicciones o en la homosexualidad. Conceptualmente, una intervención basada en la flexibilidad puede ser implementada utilizando diversos formatos (ej. individual, grupal y talleres). Sin embargo, la mayoría de intervenciones de ACT para reducir el estigma y los prejuicios han sido administrados en formato de talleres (ej. talleres en grupo de un día). En la literatura, el formato taller de ACT a veces se denomina entrenamiento en aceptación y compromiso (ACT; Hayes et al., 2004) – en oposición a la terapia de aceptación y compromiso– para diferenciarla de un formato psicoterapéutico individual o grupal de ACT. Como el estigma y el prejuicio frecuentemente se clasifican en función de su dirección (ej. estigma hacia otros vs hacia uno mismo), esta sección presenta los estudios empíricos disponibles de ACT separando el estigma y prejuicio público (actitudes estigmatizantes hacia otros) y el estigma hacia el yo (estigma internalizado).

Estigma y prejuicio público

El primer estudio de ACT en estigma (Hayes et al., 2004) investigó los efectos de ACT en las actitudes estigmatizantes de terapeutas hacia sus clientes con adicciones. En el estudio, 90 terapeutas del campo de las adicciones fueron asignados aleatoriamente para asistir a un taller de un día (6 horas de duración) basado en el entrenamiento en ACT (n = 30), a un entrenamiento multicultural (n = 30), o a unas conferencias control centradas en las bases biológicas de la adicción a las metanfetaminas (n = 30). El taller basado en ACT consistió en ejercicios didácticos y experienciales, que fueron tomados del manual original de ACT (Hayes et al., 1999). Los talleres de ACT enfatizaron el enfoque de que la estigmatización está construida sobre los procesos de lenguaje humanos. En los talleres, los participantes fueron animados a notar la naturaleza automática de los procesos estigmatizantes (ej. la categorización verbal, asociación y evaluación), así como instruidos en habilidades de aceptación y mindfulness (ver Hayes et al., 2012) para reducir el impacto y la credibilidad de las actitudes estigmatizantes y los pensamientos negativos referidos al yo (ej. la vergüenza) aunque éstos sigan ocurriendo.

Se utilizaron deliberadamente varios ejercicios para provocar emociones y pensamientos problemáticos sobre los clientes y el grupo practicó el experimentar estas respuestas internas sin hacer esfuerzos para alterarlos en forma o frecuencia. Finalmente, los participantes fueron guiados a través de la naturaleza e importancia de los valores y animados a elegir acciones consistentes con estos valores (ej. actuar sobre el valor intrínseco de ayudar a otros). Las actitudes estigmatizantes se redujeron en ambos grupos de tratamiento activo, pero sólo la condición de ACT tuvo puntuaciones más bajas a los tres meses de seguimiento. La intervención ACT también disminuyó el desgaste profesional a los tres meses de seguimiento, lo que sugiere que las intervenciones dirigidas al estigma de los clínicos provoca también el efecto de promover su bienestar y efectividad profesional.

El segundo estudio de ACT investigó los efectos de un taller breve ACT dirigido hacia el estigma en salud mental (ej. actitudes estigmatizantes hacia personas con un desorden mental) en una muestra no clínica de estudiantes (Masuda et al., 2007). En el estudio, 95 estudiantes universitarios fueron asignados aleatoriamente a un taller ACT de 2.5 horas de duración o a un taller basado en educación de la misma duración. El protocolo ACT fue extraído en gran parte del manual de ACT original (Hayes et al., 1999) así como del protocolo usado en Hayes et al. (2004), con pequeñas modificaciones en las técnicas de intervención para centrarse de forma específica en el estigma hacia la salud mental. De nuevo, se enfatizó la idea de que el estigma está construido sobre el uso normal del lenguaje, y que la solución a este proceso es más probable que se encuentre en la compasión hacia el sí mismo y los otros y las acciones guiadas por los valores que en la reducción de la forma y frecuencia de las actitudes

estigmatizantes. Los efectos de esta intervención estuvieron determinados por la flexibilidad psicológica de los participantes en la pre-intervención. Es decir, para aquellos participantes con alta flexibilidad psicológica pre-intervención ambas estrategias fueron igualmente exitosas en la reducción del estigma en salud mental en la post-intervención y al mes de seguimiento. Sin embargo, sólo la intervención ACT permitió reducir significativamente el estigma hacia la salud mental en aquellos participantes con bajos niveles de flexibilidad psicológica. Estos hallazgos sugieren que las intervenciones de ACT son ampliamente aplicables independientemente de los niveles de flexibilidad psicológica de los participantes, pero son particularmente útiles para aquellos que son menos flexibles psicológicamente. Un análisis posterior utilizando los resultados de un estudio preliminar (Masuda et al., 2009) de la misma intervención con 22 estudiantes universitarios también mostró que el cambio en las puntuaciones de flexibilidad psicológica de la pre-intervención con respecto a las puntuaciones al mes de seguimiento correlacionaba con el cambio en las puntuaciones de las actitudes estigmatizantes durante el mismo periodo de tiempo. Es decir, la magnitud del cambio en la flexibilidad psicológica estaba significativamente relacionada con la magnitud del cambio en las creencias estigmatizantes un mes después de la intervención

Empleando un diseño contrabalanceado intragrupos, Lillis y Hayes (2007) investigaron el impacto de ACT, en comparación con una condición de educación en el prejuicio racial. Un total de 32 estudiantes universitarios (13 hombres, 19 mujeres; y 11 minorías étnicas de Estados Unidos) que fueron distribuidos en dos clases separadas por diferencias raciales, fueron expuestos a cada enfoque en orden contrabalanceado. Cada intervención tenía una duración de 75 minutos. Una vez más, el taller ACT se diseñó basándose en el protocolo ACT para el estigma (Hayes et al., 2004) y fue específicamente adaptado al tópico de los prejuicios raciales y étnicos. Las discusiones y ejercicios experienciales en el taller fueron diseñados para ayudar a los participantes (a) a tomar conciencia de sus propios pensamientos, sentimientos y reacciones prejuiciosas, (b) a aceptar esos pensamientos y sentimientos como el resultado natural del aprendizaje y utilización del lenguaje en un sociedad prejuiciosa, (c) a notar los procesos automáticos de evaluación y juicio de manera más general, y (d) a orientarse hacia acciones positivas en consonancia con sus propios valores con respecto a cómo tratar a otros seres humanos. Sólo la intervención de ACT fue eficaz en el aumento de las intenciones de comportamiento positivos en la post intervención y a la semana de seguimiento. Estos cambios se asociaron con otros cambios en el autoinforme consistentes con el modelo ACT, tales como una mayor conciencia y reconocimiento de prejuicios, aceptación y flexibilidad psicológica.

Estigma y prejuicio hacia el yo

Las intervenciones de ACT también se han mostrado efectivas en el tratamiento en el estigma hacia el yo. Lillis, Hayes, Bunting, and Masuda (2009) asignaron

aleatoriamente a 84 pacientes que habían completado un programa de pérdida de peso a un taller de 6 horas de duración basado en la flexibilidad psicológica (ACT) focalizado en el estigma relativo a la obesidad y el estrés psicológico o a una lista de espera. La intervención ACT incluyó ejercicios y materiales tanto del libro de ACT original (Hayes et al., 1999) como del protocolo de estigma (Hayes et al., 2004). Cada taller, dirigido por dos terapeutas, empleó una secuencia estructurada de lecturas y ejercicios. Se enseñaron métodos específicos de aceptación, mindfulness y habilidades de defusión aplicadas a pensamientos problemáticos, sentimientos y sensaciones corporales en general, centrándose principalmente en los pensamientos y el estrés relacionado con el peso. Los talleres también pusieron gran énfasis en los valores de los participantes, especialmente los relacionados con la salud y las relaciones interpersonales. Más específicamente, se identificaron las barreras de las conductas consistentes con sus valores (ej. el estigma hacia el yo, la vergüenza) y se fomentó la motivación y el compromiso hacia acciones consistentes con los valores vitales. Se distribuyó también un libro de autoayuda de ACT (Hayes y Smith, 2005) a los participantes para fomentar la práctica de las técnicas aprendidas. Ni los talleres ni los libros contenían estrategias para perder peso y en los talleres no se establecieron objetivos o estrategias de pérdida de peso. El objetivo de los talleres se presentó a los participantes como “vivir una vida más plena en consonancia con los valores elegidos”. Sin embargo, a los tres meses de seguimiento, el grupo ACT mostró una mejora en la masa corporal, calidad de vida, estrés psicológico y estigma relacionado con el peso, respecto al grupo control. Los cambios en la aceptación y afrontamiento relativos al peso y la flexibilidad psicológica también desempeñaron un papel mediador en estos resultados.

ACT también ha sido estudiado en el estigma entre pacientes con problemas de abuso de sustancias. Un estudio piloto examinó los efectos de ACT en una muestra de 48 adultos con problemas de abuso de sustancias en un entorno residencial (Luoma, Kohlenberg, Hayes, Buntingy Rye, 2008). El protocolo de ACT consistió en una media de tres talleres semanales en formato grupal de dos horas de duración, centrándose en la utilización de procesos de aceptación psicológica, defusión cognitiva y contacto con valores importantes para ayudar a los participantes a aprender a responder a sus pensamientos y conductas estigmatizantes de una manera que no interfiriese con la recuperación. Este estudio tuvo como resultado mejoras en un amplio rango de medidas post-intervención, incluyendo la reducción de la vergüenza internalizada, y una mayor autoestima y flexibilidad psicológica.

Posteriormente, un estudio piloto (Luoma, Kohlenberg, Hayes y Fletcher, 2012) investigó los efectos de un taller grupal de ACT en el estigma hacia el yo y la vergüenza entre los pacientes con adicciones que asistían a un programa de tratamiento residencial de 28 días. En el estudio, 133 pacientes del tratamiento para las adicciones fueron tratados aleatoriamente con un protocolo grupal de

ACT seis horas de duración (tres sesiones de 2 horas en una semana; Luoma et al, 2008) o con el tratamiento habitual (TAU). La intervención ACT sustituyó seis horas de programación regular durante el programa residencial de 28 días. En la fase de post-tratamiento, los resultados de ACT no fueron prometedores. En este grupo se encontró una menor reducción en la vergüenza en la post-intervención respecto al grupo TAU, así como un incremento similar en la salud mental en general, calidad de vida y apoyo social. Sin embargo, la intervención ACT superó a la intervención TAU a los cuatro meses de seguimiento. Los participantes en la condición de ACT mostraron diversas mejoras durante el periodo de seguimiento, incluyendo la reducción de la vergüenza, el incremento general en la salud mental, la mejora de la calidad de vida y el aumento del apoyo social. El grupo TAU, sin embargo, empeoró en el periodo de seguimiento en las medidas de vergüenza internalizada, salud mental y calidad de vida. Aquellos participantes de la condición de ACT informaron de menos días de consumo de sustancias y más adherencia al tratamiento durante el seguimiento. Los resultados también sugieren que centrarse en el estigma hacia el yo y la vergüenza es beneficioso en la influencia de mejoras más globales en la población con abuso de sustancias. Además, los efectos de la intervención de ACT en la adherencia al tratamiento durante el seguimiento estuvieron mediados por los niveles de vergüenza post-tratamiento, de tal forma que aquellos participantes que informaron de mayores niveles de vergüenza después del tratamiento tenían mayor adherencia al tratamiento durante el seguimiento si habían recibido ACT. Este hallazgo es importante, ya que los efectos de la intervención en el abuso de sustancias durante el seguimiento también estuvieron mediados por la adherencia al tratamiento en el seguimiento.

Finalmente, un estudio de línea base múltiple de Yadavaia y Hayes (2012) desarrolló una intervención de 6-10 sesiones de ACT para el estigma hacia el yo relacionado con la homosexualidad en cinco adultos que se definieron como pertenecientes a “una minoría sexual.” Todos los participantes mostraron reducciones considerables en el grado en el que los pensamientos sobre la atracción sexual interferían con sus vidas y la angustia asociada con esos pensamientos en el post-tratamiento y a las 4 y 12 semanas de seguimiento. Del mismo modo, se observaron también cambios positivos en diversas medidas psicosociales, incluyendo la homofobia internalizada, la depresión, la ansiedad, el estrés, la calidad de vida y el apoyo social percibido. En conjunto, estos estudios proporcionan evidencias preliminares de las intervenciones basadas en un modelo de flexibilidad psicológica en la reducción del estigma hacia el yo.

Conclusión

La carga del estigma y el prejuicio es importante, y el número de intervenciones con apoyo empírico para ayudar a los que viven bajo su peso es pequeño. Los métodos más tradicionales centrados fundamentalmente en el cambio cognitivo de primer orden (ej. los intentos directos para alterar los pensamientos

estigmatizantes) generalmente han mostrado una eficacia limitada y no han permitido desarrollar robustos programas de aplicación.

Los avances más recientes se basan en el modelo de flexibilidad cognitiva en las estrategias cognitivas de segundo orden y tienen conexiones más cercanas a la investigación básica sobre la naturaleza del estigma y los estereotipos. Aunque los primeros estudios de intervención con ACT sugieren que este enfoque es prometedor, es importante perfeccionar y poner a prueba su aplicabilidad conceptual para que el tratamiento pueda ser ampliamente difundido.

Referencias

- Akrami, N., Ekehammar, B. y Bergh, R. (2011). Generalized prejudice: Common and specific components. *Psychological Science*, 22(1), 57-59.
- Bäckström, M. y Björklund, F. (2007). Structural modeling of generalized prejudice: The role of social dominance, authoritarianism, and empathy. *Journal of Individual Differences*, 28, 10-17.
- Bargh, J. A. (1999). The cognitive monster: The case against the controllability of automatic stereotype effects. En S. Chaiken y Y. Trope (Eds.), *Dual Process Theories in Social Psychology* (pp. 361-382). New York, NY
- Corrigan, P. W. y Penn, D. L. (1999). Lessons from social psychology on discrediting psychiatric stigma. *American Psychologist*, 54(9), 765-776
- Dasgupta, N. (2004). Implicit ingroup favoritism, outgroup favoritism, and their behavioral manifestations. *Social Justice Research*, 17, 143-169.
- Fredrickson, B. L., Cohn, M. A., Coffey, K. A., Pek, J. y Finkel, S. M. (2008). Open hearts build lives: Positive emotions, induced through loving-kindness meditation, build consequential personal resources. *Journal of Personality and Social Psychology*, 95(5), 1045-1062.
- Galinsky, A. D., Ku, G. y Wang, C. S. (2005). Perspective-taking and self-other overlap: Fostering social bonds and facilitating social coordination. *Group Processes & Intergroup Relations*, 8(2), 109-124.
- Galinsky, A. D. y Moskowitz, G. B. (2000). Perspective-taking: Decreasing stereotype expression, stereotype accessibility, and ingroup favoritism. *Journal of Personality and Social Psychology*, 78, 708-724.
- Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4-27.
- González, A., Solomon, S. E., Zvolensky, M. J. y Miller, C. T. (2009). The interaction of mindful-based attention and awareness and disengagement coping with HIV/AIDS-related stigma in regard to concurrent anxiety and depressive symptoms among adults with HIV/AIDS. *Journal of Health Psychology*, 14, 403-413.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L. y Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology*, 97, 17-41.
- Haghighat, R. (2001). A unitary theory of stigmatization: Pursuit of self-interest

- and routes to destigmatisation. *British Journal of Psychiatry*, 178, 207–215.
- Hausmann, L.R.M. y Ryan, C.S. (2004). Effects of external and internal motivation to control prejudice on implicit prejudice: The mediating role of efforts to control prejudiced responses. *Basic and Applied Social Psychology*, 26, 215-225.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York, NY US: Kluwer Academic/Plenum Publishers.
- Hayes, S. C., Bissett, R., Roget, N., Padilla, M., Kohlenberg, B. S., Fisher, G., et al. (2004). The impact of acceptance and commitment training and multicultural training on the stigmatizing attitudes and professional burnout of substance abuse counselors. *Behavior Therapy*, 35(4), 821-835.
- Hayes, S. C., Luoma, J. B., Bond, F. W., Masuda, A. y Lillis, J. (2006). Acceptance and commitment therapy: Model, processes and outcomes. *Behaviour Research And Therapy*, 44(1), 1-25.
- Hayes, S. C., Niccolls, R., Masuda, A. y Rye, A. K. (2002). Prejudice, terrorism and behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9(4), 296-301.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (1999). *Acceptance and commitment therapy: An experiential approach to behavior change*. New York, NY US: Guilford Press.
- Hayes, S. C., Strosahl, K. D. y Wilson, K. G. (2012). *Acceptance and commitment therapy: The process and practice of mindful change* (2nd ed.). New York, NY US: Guilford Press.
- Kurzban, R. y Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: The functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127,187–208.
- Legault, L., Green-Demers, I. y Eadie, A. L. (2009). When internalization leads to automatization: The role of self-determination in automatic stereotype suppression and implicit prejudice regulation. *Motivation and Emotion*, 33, 10–24.
- Legault, L., Gutsell, J. N. y Inzlicht, M. (2011). Ironic effects of antiprejudice messages: How motivational interventions can reduce (but also increase) prejudice. *Psychological Science*, 22, 1472-.1477.
- Levy, S. R., Stroessner, S. y Dweck, C. S. (1998). Stereotype formation and endorsement: the role of implicit theories. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 421–36
- Lillis, J. y Hayes, S. C. (2007). Applying acceptance, mindfulness, and values to the reduction of prejudice - A pilot study. *Behavior Modification*, 31, 389-411.
- Lillis, J., Hayes, S. C., Bunting, K. y Masuda, A. (2009). Teaching Acceptance and Mindfulness to Improve the Lives of the Obese: A Preliminary Test of a Theoretical Model. *Annals of Behavioral Medicine*, 37(1), 58-69.
- Livingston, J. D. y Boyd, J. E. (2010). Correlates and consequences of internalized stigma for people living with mental illness: a systematic review and meta-analysis. *Social science & medicine* (1982), 71(12), 2150-61.

- Luoma, J. B. y Kohlenberg, B. S. (en prensa). Self-Stigma and Shame in Addictions. En Steven C. Hayes y M. E. Levin (Eds.), *Acceptance, Mindfulness, Values, and Addictive Behaviors: Counseling with Contemporary Cognitive Behavioral Therapies*. Oakland, CA: New Harbinger.
- Luoma, J. B., Kohlenberg, B. S., Hayes, S. C., Bunting, K. y Rye, A. K. (2008). Reducing self-stigma in substance abuse through acceptance and commitment therapy: Model, manual development, and pilot outcomes. *Addiction Research & Theory*, 16(2), 149-165.
- Luoma, J.B., Kohlenber, B.S., Hayes, S.C. y Fletcher, L. (2012). Slow and steady wins the race: A randomized clinical trial of acceptance and commitment therapy targeting shame in substance use disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 80(1), 43-53.
- Macrae, C. N., Milne, A. B. y Bodenhausen, G. V. (1994). Stereotypes as energy-saving devices: A peek inside the cognitive toolbox. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66, 37-47.
- Markowitz, F. (1998). The effects of stigma on the psychological well-being and life satisfaction of persons with mental illness. *Journal of Health and Social Behavior*, 39, 335-347.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Fletcher, L. B., Seignourel, P. J., Bunting, K., Herbst, S. A., Twohig, M. P., et al. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45(11), 2764-2772.
- Masuda, A., Hayes, S. C., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S. A. y Fletcher, L. B. (2009). The relation between psychological flexibility and mental health stigma in Acceptance and Commitment Therapy: A preliminary process investigation. *Behavior and Social Issues*, 18(1), 1-16.
- Monteith, M. J. y Mark, A. Y. (2005). Changing one's prejudice ways: Awareness, affect, and self-regulation. *European Review of Social Psychology*, 16, 113-154.
- Moxon, P. D., Keenan, M. y Hine, L. (1993). Gender-role stereotyping and stimulus equivalence. *Psychological Record*, 43, 381-394.
- Pager, D. y Shepherd, H. (2008). The sociology of discrimination: Racial discrimination in employment, housing, credit, and consumer markets. *Annual Review of Sociology*, 34, 181-209.
- Paluck, E. L. y Green, D. P. (2009). Prejudice reduction: What works? A critical look at evidence from the field and the laboratory. *Annual Review of Psychology*, 60, 339-367.
- Pascoe, E. A. y Richman, L. S. (2009). Perceived discrimination and health: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 135, 531-554.
- Pettigrew, T. F. y Tropp, L. R. (2006). A meta-analytic test of intergroup contact theory. *Journal of Personality and Social Psychology*, 90, 751-783.
- Puhl, R. M. y Heuer, C. A. (2009). The stigma of obesity: A review and update. *Obesity*, 17(5), 941-964.
- Shih, M., Wang, E., Bucher, A. T. y Stotzer, R. (2009). Perspective taking: Re-

- ducing prejudice towards general outgroups and specific individuals. *Group Processes & Intergroup Relations*, 12, 565-577.
- Son Hing, L. S., Li, W. y Zanna, M. P. (2002). Inducing hypocrisy to reduce prejudicial responses among aversive racists. *Journal of Experimental Social Psychology*, 381, 71-78.
- Stangor, C., Sechrist, G. B. y Jost, J. T. (2001). Changing racial beliefs by providing consensus information. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 27, 484-94.
- Sue, S., Zane, N., Hall, G. C. N. y Berger, L. K. (2009). The case for cultural competency in psychotherapeutic interventions. *Annual Review of Psychology*, 60, 525-548.
- Todd, A. R., Bodenhausen, G. V., Richeson, J. A. y Galinsky, A. D. (2011). Perspective taking combats automatic expressions of racial bias. *Journal of Personality and Social Psychology*, 100, 1027-1042.
- Turner, R. N., Hewstone, M. y Voci, A. (2007). Reducing explicit and implicit outgroup prejudice via direct and extended contact: The mediating role of self-disclosure and intergroup anxiety. *Journal of Personality and Social Psychology*, 93, 369-388.
- Van Dick, R., Wagner, U., Pettigrew, T. F., Christ, O., Wolf, C., Petzel, T., et al. (2004). The role of perceived importance in intergroup contact. *Journal of Personality and Social Psychology*, 87, 211-227.
- Wenzlaff, R. M. y Wegner, D. M. (2000). Thought suppression. *Annual Review of Psychology*, 51, 59-91.
- Yadavaia, J. E. y Hayes, S. C. (2012). Acceptance and commitment therapy for self-stigma around sexual orientation: A multiple baseline evaluation. *Cognitive and Behavioral Practice*, 19, 545-559.

ESTUDIO SOBRE ESTIGMA EN SALUD MENTAL EN LA POBLACIÓN DE ALMERÍA CAPITAL

Ana M. Moreno, Francisca Sánchez y Manuel López de Lemus.
UGC Salud Mental CH Torrecárdenas, Almería.

Resumen

Se estudia una muestra de la población de Almería capital con respecto al Estigma en Salud Mental con el objetivo de diseñar intervenciones anti-estigma específicas. Para ellos se operativiza el Estigma en tres constructos: Conocimiento, Actitudes y Conducta utilizando las escalas MAKs, CAMI y RIBS respectivamente. Los resultados indican que los más jóvenes, menores de treinta y cinco años son los que cuentan con menos conocimientos en Salud Mental relacionado con el Estigma, existiendo una diferencia significativa $p < (0,05)$. Estos resultados junto con otros que nos muestran una correlación significativa entre Conocimientos y Conducta y por otro lado entre Actitudes y Conducta, nos sirven de guía en el diseño de intervenciones encaminadas a reducir el estigma en Almería capital.

Introducción

El estigma es un fenómeno conocido y presente en muchos ámbitos, y muy especialmente en el de la salud mental, campo en el que ha sido, y sigue siendo, una importante barrera; es una barrera relevante para la atención y la integración social de las personas afectadas por enfermedades mentales.

Las personas con enfermedad mental a menudo tienen que enfrentarse a un doble problema, por un lado a la sintomatología de la propia enfermedad, y por otro al estigma. **Los problemas de salud mental todavía viven y se viven en el silencio**, a menudo provocado por el miedo, la vergüenza o la incomprensión, en resumen, por el estigma social que los rodea y los ha acompañado durante siglos. Ese silencio impide que muchas personas afectadas busquen ayuda profesional y se recuperen.

Mientras el conocimiento científico avanza, la sociedad muy a menudo sigue anclada en estereotipos, que producen discriminación hacia las personas que padecen problemas de salud mental. Las actitudes de marginación y desprecio mantenidas a lo largo de la historia todavía perviven. Un error muy común es pensar que la enfermedad mental no es “algo que alguien tiene”, sino “algo que alguien es”. Se identifica completamente a la persona con la patología y se lanzan sobre ella todos los prejuicios generados por falsos mitos. Este estigma social es una carga añadida en la persona.

Las actitudes estigmatizantes hacia las personas con enfermedad mental tienen también un reflejo en la sociedad y en la convivencia diaria, y también en los servicios sanitarios y en las propias consultas de atención primaria y especializa-

da. El estigma puede deteriorar el estado de salud de las personas y afectar su recuperación e incluso impedir la detección del problema.

Lo anteriormente descrito hace necesario operativizar de la forma más objetiva posible este fenómeno. El estigma, un concepto ampliamente utilizado, se compone de elementos cognitivos, emocionales y conductuales. Los elementos cognitivos se corresponden a la información y conocimiento que tenemos sobre los problemas de Salud Mental, los trastornos y enfermedades mentales, su incidencia y prevalencia, tratamiento y la forma de acceso a la asistencia sanitaria entre otros. Las actitudes se reflejan en elementos emocionales que suscitan ciertos grupos sociales basados en estereotipos normalmente negativos dando lugar a los prejuicios. Un conocimiento sesgado basado en estereotipos negativos se relaciona con actitudes emocionales así mismo negativas o prejuicios lo cual está interrelacionado con una conducta de discriminación hacia este colectivo (López et al., 2008).

Nos encontramos ante un fenómeno social multidimensional con elementos cognitivos, emocionales y conductuales los cuales están interrelacionados entre sí. Algunos estudios señalan que la información se acepta en la medida que es congruente con las emociones o actitudes que se tiene hacia cierto colectivo social, determinando las conductas de discriminación. Sin embargo, las relaciones de causalidad son circulares y no siempre siguen una línea de actuación similar (Fazio y Olson, 2003). Así, el conocimiento que existe acerca de los mecanismos que subyacen a esta interrelación es limitado debido a su complejidad.

El Estigma ha sido conceptualizado en previos estudios como formado por tres constructos: Conocimiento (Ignorancia), Actitudes (Prejuicio) y Conducta (Discriminación) (Thorndicroft, 2004).

El conocimiento que la población general tiene del enfermo de Salud Mental es por un lado la transmitida por medios de comunicación los cuales también tienen un conocimiento sesgado sobre la materia y la de estereotipos negativos anclados en la sociedad, estando relacionada la falta de conocimiento en Salud Mental con más estigma personal y más temor e incomodidad en contacto con personas con un problema de Salud Mental (Brändli, 1999).

Existe evidencia que señala que el componente de Conocimiento “puede ser significativo por sí mismo como mediador en cambios actitudinales y de comportamiento en relación al estigma” (Wolff, Pathare, Craig, y Leff, 1996).

Así mismo, una evaluación del Conocimiento previo y posterior a una intervención para disminuir el estigma puede ayudar a identificar ciertas lagunas de conocimiento y a evaluar la efectividad de la intervención en cambios de conocimiento, actitud y comportamiento en la población general con respecto

al estigma.

El presente estudio, sigue una línea de investigación donde se trata de ampliar y comprender este fenómeno del estigma en Salud Mental en sus distintos componentes así como mejorar la comprensión de la relación entre los constructos que lo forman. Para ellos se han elegido los cuestionarios MAKs, CAMI y RIBS que evalúan conocimientos, actitudes y conducta relacionados con el estigma en Salud Mental para población general respectivamente.

Hasta ahora las medidas utilizadas para medir el estigma en Salud Mental en la población general han sido muy generales o medían el estigma desde la propia percepción del enfermo mental. Estas medidas no recogen la complejidad de un fenómeno como el Estigma. Para ello se han elegido para este estudio unos instrumentos de evaluación que miden Estigma en sus diferentes constructos (MAKS, CAMI y RIBS), siendo pioneros en el uso de MAKs y RIBS en español.

El MAKs es una medida de conocimiento en salud mental en relación al estigma que incluye dominios de conocimiento con evidencia de relevancia en relación a la reducción del estigma, el cual puede ser utilizado junto con medidas de las actitudes y las conductas en la población general. Incluye seis áreas de conocimiento en salud mental en relación al estigma: búsqueda de ayuda, reconocimiento, apoyo, empleo, tratamiento y recuperación, y seis ítems que preguntan acerca de conocimiento sobre enfermedades mentales (Evans-Lacko, Little, Meltzer, Rose, Rhydderch, Henderson y Thornicroft, 2010). Cuenta con una fiabilidad test retest del 0,71, siendo pioneros en su utilización en español, así como de la escala RIBS el cual evalúa conducta intencionada y consumada, basado en The Star Social Distance Scale (Escala Estrella de Distancia Social) la cual está diseñada para evaluar a la población general (Evans-Lacko, Rose, Little, Rhydderch, Henderson y Thornicroft, 2010). Puede ser usada en conjunto con medidas de conocimiento y actitudes sobre estigma en salud mental. Para medir las actitudes hemos elegido la Escala CAMI, utilizada ampliamente junto con medidas de conocimiento y conducta en el tema que nos ocupa en la población general (Taylor y Dear, 1981).

Pretendemos inicialmente ampliar nuestro conocimiento sobre el concepto Estigma, sus componentes y mecanismos asociados aún poco claros, y como éstos se manifiestan en la sociedad almeriense. Esto significa un primer paso en la aproximación al objetivo de diseñar intervenciones específicas a adecuadas a las necesidades de nuestra población y así posteriormente evaluar el impacto de la intervención y seguir recabando información sobre qué tipo de intervención es más efectiva. Así mismo, obtener información sobre los tipos de intervención en relación a la duración de la misma, métodos empleados y población diana.

Esta línea de investigación se orienta a reducir el estigma asociado a los problemas de Salud Mental y promover una mayor integración de los distintos colec-

tivos para mejorar la calidad de vida de las personas con problemas de salud mental dentro de la sociedad almeriense.

Objetivos

Los objetivos que nos proponemos en este estudio son:

- A. Identificar los conocimientos sobre salud mental en la población general en Almería y las diferencias entre grupos.
- B. Identificar las actitudes sobre el estigma en población general en Almería y las diferencias entre grupos.
- C. Identificar las conductas sobre el estigma en población general en Almería y las diferencias entre grupos.
- D. Obtener la información necesaria para diseñar futuras intervenciones anti-estigma específicas en Almería.

Metodología

Se administró, de forma individual, a una muestra de 77 personas de la población general almeriense, excluyendo sanitarios de profesión. La muestra se consiguió de forma aleatoria.

Variables Sociodemográficas:

Sexo: 35 hombres (46%) y 42 mujeres (54%).

Edad: Rango de 16 a 61 años con una edad media de 36,27 años.

Estado Civil:

- Soltero: 44 sujetos (56,4%)
- Casado: 28 sujetos (35,9%)
- Divorciado: 2 sujetos (2,6%)
- Separado: 2 sujetos (2,6%)
- Viudo: 1 sujeto (1,3%)

Nivel Académico:

- Estudios Básicos: 15 sujetos (19,2%)
- Estudios Medios: 29 sujetos (37,2%)
- Estudios Superiores: 33 sujetos (42,3%)

Situación Laboral:

- Activo: 46 sujetos (59%)
- Parado: 31 sujetos (39,8%)

Cuestionarios:

Escala MAK5 (Escala sobre conocimientos en Salud Mental): Mental Health Knowledge Schedule MAK5 10 © 2009 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London.

Escala CAMI (Actitudes de la comunidad hacia los enfermos mentales): Community Attitudes toward the Mentally Ill.

Escala RIBS (Escala de Conducta Informada e Intencionada): Reported and intended Behaviour Scale RIBS 10 © 2009 Health Service and Population Research Department, Institute of Psychiatry, King's College London.

Resultados

Se analiza una muestra de 77 sujetos, comparando las diferencias de medias de los tres cuestionarios (Conocimiento, Actitudes y Conducta) entre los diferentes niveles de las variables Sexo, Edad, Estado Civil, Nivel Académico y Situación Laboral. Analizados mediante el paquete estadístico SPSS15.

Se aplica una prueba T, contando con una varianza homogénea según el Test de Levene de igualdad de varianzas, utilizando un nivel de significación de 0,05.

Los resultados arrojan diferencias de medias significativas en el Test MAKS que evalúa conocimientos en Salud Mental relacionado con estigma en las siguientes variables:

- Edad: Para el análisis estadístico se establece un punto de corte en los 35 años, encontrándose una diferencia significativa $p=(0,011)$, $p<0,05$, entre los menores y los mayores de 35, siendo los mayores de 35 años los que cuentan con más conocimientos en materia de Salud Mental relacionado con el Estigma.
- Estado Civil: Existe una diferencia significativa $p<0,05$ entre los solteros y los casados, siendo estos últimos los más informados sobre cuestiones de salud mental relacionadas con el Estigma.
- El resto de las variables no arrojan diferencias significativas de medias entre los distintos niveles de las variables.

En las Escalas CAMI (Actitudes) y RIBS (Conductas) no se han encontrado diferencias significativas entre medias de los diferentes niveles de las variables analizadas.

Un análisis correlacional entre MAKS, CAMI Y RIBS revela las siguientes correlaciones:

Correlación de Pearson	MAKS	RIBS	CAMI
MAKS	1	0,257*	-0,195
RIBS	0,257*	1	-0,577**
CAMI	-,195	-0,577**	1

* La correlación es significativa al nivel 0,05 (bilateral).

** La correlación es significativa al nivel 0,01 (bilateral).

Se realiza una ANOVA en las variables Edad y Nivel Académico en la variable independiente Conocimiento la cual no arroja resultados significativos.

Discusión

Siguiendo la línea de investigación propuesta, necesitábamos comprender mejor el fenómeno del Estigma y sus distintos componentes de Conocimiento (Ignorancia), Actitudes (Prejuicio) y Conducta (Discriminación), en la ciudad de Almería.

Los resultados encontrados sólo apuntan a diferencias significativas en la Escala de Conocimiento MAKS la cual mide factores de conocimiento sobre estigma en Salud Mental. Éstos nos indican que la población de Almería presenta diferencias significativas en su conocimiento sobre materia de Salud Mental por grupos de edades, siendo los mayores de 35 años los mejor informados. Podría ser que las personas de más edad contaran con más número de experiencias que modificaran sus estereotipos y conocimientos estigmatizantes por otros menos. O que hayan tenido acceso a fuentes de información más amplias y veraces. Así, estos resultados nos orientan en futuras intervenciones que establezcan como población diana a los menores de 35 años, a diseñar teniendo en cuenta los demás componentes de estigma y sus interacciones.

Por otro lado, no se han encontrado diferencias significativas en actitudes y comportamiento en los diferentes grupos, estando estas variables más distribuidas entre los grupos de edad, sexo, y demás variables. Pudiera ser que en este estudio debido a una muestra no demasiado amplia no se hubieran manifestado, seguiremos monitorizando estos resultados en futuros estudios.

Según investigaciones anteriores, el Conocimiento es una variable mediadora y por sí misma determinante en las conductas de discriminación (Wolff et al., 1996). En nuestro estudio, nos proponíamos así mismo estudiar las relaciones entre los distintos componentes del Estigma en la población de Almería capital. Los resultados indican que existe una relación significativa entre el Conocimiento y las Conductas, lo cual apunta a que mientras más conocimiento e información maneje la sociedad sobre salud mental, menos conductas estigmatizantes llevará a cabo. Así mismo, hemos de destacar una fuerte correlación entre Actitudes y Conducta según los resultados del test de correlación que sugiere que existe una relación entre ambos constructos en la dirección de que a menos actitudes (prejuicios) estigmatizantes, menos conductas estigmatizantes.

Según lo que nos indican los resultados y estudios anteriores, una intervención sobre la población menor de 35 años de Almería capital que se enfocara a aumentar los conocimientos en factores determinantes para la Salud Mental en relación al estigma sería adecuada y podría influir en los otros dos componentes del Estigma.

Por otro lado, teniendo en cuenta que nos enfrentarnos a un fenómeno altamente complejo, la intervención debería ser multicomponente incluyendo elementos de intercambio de información y discusión así como interacción social, además del contenido puramente informativo. La implementación sería en trabajo conjunto con medios de comunicación, centros educativos y otros organismos con conocido impacto en la difusión de información y formación de la sociedad. La evaluación post intervención es un objetivo de futuros trabajos donde se seguirá estudiando este complejo fenómeno en sus diferentes componentes y la interacción entre estos para una mejor comprensión de este fenómeno del estigma y sus mecanismos con la tarea de mejorar este campo de estudio y así ser capaces de diseñar intervenciones más específicas y efectivas.

Conclusiones

Las personas de menor edad poseen menos conocimientos sobre Salud Mental. La relación entre conocimiento y comportamiento es significativa así como la relación entre actitudes y conducta.

Se propone diseñar y aplicar intervenciones anti-estigma específicas y multicomponente sobre la población menor de 35 años de Almería capital para aumentar sus conocimientos sobre salud mental en relación al estigma en base a estos resultados. En futuros estudios se llevará a cabo la evaluación de futuras intervenciones para poder evaluar el impacto de las mismas (tipo, intensidad, duración, componentes del Estigma) y seguir estudiando el complejo fenómeno del Estigma.

Referencias

- Brändli, H. (1999). The image of mental illness in Switzerland. En J. Guimon, W. Fischer y N. Sartorius (Eds.), *The image of madness: the public facing mental illness and psychiatric treatment* (pp.29-37). Basel: Karger.
- Evans-Lacko, S., Rose, D., Little, K., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (en prensa). Development and Psychometric Properties of the Reported and Intended Behaviour Scale (RIBS). *Epidemiology and Psychiatric Sciences*.
- Evans-Lacko, S., Little, K., Meltzer, H., Rose, D., Rhydderch, D., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). Development and Psychometric Properties of the Mental Health Knowledge Schedule (MAKS). *Canadian Journal of Psychiatry*, 55, 440-448.
- Evans-Lacko, S., London, J., Little, K., Henderson, C. y Thornicroft, G. (2010). Evaluation of a brief anti-stigma campaign in Cambridge: do short-term campaigns work?. *BMC Public Health*, 10, 339-345.
- Fazio, R. H. y Olson, M. A. (2003). Attitudes: Foundations, Functions, and Consequences. En M.A. HOGG y J. Cooper (Eds.), *The Sage Handbook of Social Psychology* (pp.139-160). Londres: Sage.
- 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 Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28(101), 43-83.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., María Crespo, M. y Guillén, A.I. (2009). Estigma y enfermedad mental. *Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental*. Madrid: Editorial Complutense.
- Taylor, S. M. y Dear, M. J. (1981). Scaling community attitudes toward the mentally ill. *Schizophrenia Bulletin*, 7(2), 225-240.
- Thorndicroft G. (2006). *Shunned: discrimination against people with mental illness*. Oxford: Oxford University Press.
- Wolff, G., Pathare, S., Craig, T. y Leff, J. (1996). Community knowledge of mental illness and reaction to mentally ill people. *British Journal of Psychiatry*, 168, 191-198.

COMPARACIÓN DEL EFECTO DE UN PROGRAMA BASADO EN LA TERAPIA DE ACEPTACIÓN Y COMPROMISO Y OTRO BASADO EN PSICOEDUCACIÓN SOBRE EL ESTIGMA ASOCIADO A LOS TRASTORNOS MENTALES.

Isabel Fernández Ramírez, Adolfo Cangas Díaz y José Alberto Carmona Torres.
Universidad de Almería

Resumen

En este estudio se realiza una comparación entre dos programas antiestigma, uno de ellos basado en la Terapia de Aceptación y Compromiso y el otro basado en información sobre qué son las enfermedades mentales. La muestra estuvo compuesta por 73 participantes procedentes de dos colegios de la provincia de Almería. Se realizaron una medida pre y una post con una semana de diferencia. Se muestran diferencias estadísticamente significativas en estigma en el programa basado en ACT. En cambio, no aparece ningún cambio en el programa basado en educación. No aparecen diferencias significativas en cuanto a flexibilidad cognitiva.

Introducción

Siguiendo la línea de la Teoría de los Marcos Relacionales (RFT) en la estigmatización las personas son relacionadas verbalmente en una red de eventos verbales. Tradicionalmente, estos términos (enfermedad mental, locura, malestar, etc.) evocan una reacción emocional aversiva, como el miedo o la incomodidad y provocan conductas de evitación o escape (Masuda, Hayes, Lillis, Bunting, Herbst y Fletcher, 2009) aunque no haya existido previamente una historia de contingencia directa. En vez de intentar alterar la frecuencia o forma de los pensamientos estigmatizantes desde esta perspectiva se pretende cambiar su función (Masuda et al., 2009) ya que, aunque el aprendizaje y la conducta derivados de ello son útiles, también generan problema. Esto se debe a que cuando una persona se relaciona con esas categorías, la función de dichos estímulos como la evitación, o los sentimientos de malestar se transfieren a esa persona sin necesidad de que haya existido una historia directa de condicionamiento. Según la RFT, estos aprendizajes pueden ser muy insensibles a los cambios de las contingencias reales que se producen en el ambiente (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). Siguiendo esta línea, se sugiere que los métodos psicológicos destinados a disminuir la evitación de este tipo de pensamientos puede ser útil para reducir el estigma (Corrigan y Watson, 2002; Hayes et al., 2002), línea que sigue la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). En estos trabajos se pretende aumentar la flexibilidad cognitiva para que se reduzca el estigma. Finalmente, en el presente trabajo se comparan dos programas antiestigma: uno que está basado en Masuda et. al. (2009) y el otro está basado en psicoeducación.

Método

Participantes

Los participantes fueron estudiantes de 4º de E.S.O, con edades comprendidas entre los 15 y 17 años ($M= 15,82$; $DT= 0,84$), procedentes de dos institutos de Berja (Almería). La muestra estuvo formada por 73 participantes: 38 varones y 35 mujeres. La selección de los participantes ha sido realizada de manera intencional.

Materiales

Se han utilizado dos cuestionarios:

- *Cuestionario de actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia* (Schulze et al., 2003) traducido al español. Este cuestionario mide dos dimensiones: estereotipos sobre la esquizofrenia y análisis de la distancia social.
- *Cuestionario de Aceptación y Acción II, AAQ-II.* (Bond y Hayes, 2005). Este cuestionario está formado por 10 ítems que deben ser evaluados sobre una escala del 1 al 7. Mide evitación experiencial. La versión en castellano presenta un solo factor y buenas propiedades psicométricas (Langer, Ruiz, Cangas y Luciano, 2009).

Procedimiento

El primero de los programas que se han comparado está basado en módulos tradicionales de psicoeducación y es llevado a cabo por una asociación de la provincia de Almería donde se dan charlas sobre qué son los trastornos mentales, cuál es su etiología y qué efectos tiene en los sujetos que lo padecen. Consta de dos sesiones de una hora de duración cada una.

El otro programa, basado en Masuda et al. (2009), consta de una sesión de una hora de duración. En este procedimiento se trabaja la flexibilidad cognitiva (basada en el protocolo de ACT elaborado por Hayes et al., 1999). Para ello, se enfatiza la visión de que el estigma es una construcción que está relacionada con nuestras prácticas lingüísticas. El estigma deshumaniza a otras personas (por ejemplo, a las personas con trastornos mentales) debido a procesos de relaciones arbitrarias derivadas del lenguaje (Hayes et al. 2002). Por tanto, se pretende cambiar las funciones que lleva implícitas esta concepción y humanizar a los individuos con estigma.

Como toma de contacto inicial se utilizan una serie de metáforas similares a las utilizadas en Rofè, Street y Hasharon (2009) donde se explican situaciones en las que se puede estigmatizar. Posteriormente, se lleva a cabo una discusión grupal centrada en qué es el estigma social y en el problema de los convencionalismos sociales. Esto es importante ya que lo que se pretende mostrar es la dificultad y el efecto paradójico que se produce cuando se intentan eliminar elementos

privados donde generalmente lo que se obtiene es el efecto contrario, esto es, que están más presentes (Wilson y Luciano, 2002; Najmi, 2009). Para ello, se utilizan ejercicios funcionalmente similares al Ejercicio del pastel de chocolate (Hayes et al., 1999). Es habitual que la mayoría de los sujetos expresen que no han sido capaces de suprimir el pensamiento sobre el pastel de chocolate, lo que nos permite sugerir que puede que ocurra lo mismo con el estigma y que es importante trabajar de una manera diferente el estigma sobre los trastornos mentales graves.

Una vez trabajado este aspecto, se promueve que los alumnos empaticen con las personas que tienen algún trastorno mental. Para ello, se les sugiere que se den cuenta de las similitudes que existen entre sus reacciones ante las personas que poseen algún estigma y sus reacciones frente a sus propias luchas internas (por ejemplo, autoestigma). Para ello se utiliza el Ejercicio del observador (Hayes et al., 1999) para enseñar a los alumnos procesos psicológicos de aceptación y distanciamiento del estigma hacia ellos mismos (autoestigma) y hacia otros. Una vez acabado el ejercicio se les pide que muestren aceptación por ellos mismos y por las personas que tienen algún trastorno mental.

Para terminar se les muestra a los participantes la importancia de los valores y el compromiso hacia las acciones basadas en sus propios valores. Para ello, se realiza un ejercicio donde todos hablan de cómo quieren comportarse en los contextos interpersonales (similar funcionalmente a Hayes et al., 1999).

Resultados

Efectos sobre el estigma

Las puntuaciones en todas las medidas en diferentes momentos temporales se muestran en la tabla 1. Todas las variables han sido analizadas utilizando la t de Student para muestras relacionadas. Se muestran diferencias significativas, en la medida del cuestionario de estigma tras la intervención en la que se utilizan técnicas de ACT [$t(45) = 1,17; p = 0,001$]. Por otra parte, no hay diferencias significativas en el programa basado en educación [$t(25) = -1,12; p = 0,271$].

Tabla 1: Puntuaciones medias (desviaciones típicas) Cuestionario de actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia en el grupo ACT y en el grupo de Psicoeducación en las medidas pre y post.

	Pre	Post
ACT	3,17 (2,35)	2,00* (1,75)
Psicoeducación	3,27 (2,22)	3,88 (2,39)

* Estadísticamente significativo al 0,05

En la figura 1 se muestran las diferencias en las frecuencias analizadas ítem a ítem en el programa antiestigma basado en ACT en las fases pre y post. Los ítems seleccionados son los que corresponden al primer factor del cuestionario de actitudes de los estudiantes hacia la esquizofrenia: estereotipos sobre la esquizofrenia. Los ítems 4 (“Cuando quedas con alguien con esquizofrenia hay que andarse con cuidado”) y 6 (“Alguien con esquizofrenia puede ponerse furioso por una tontería”) son los que con mayor frecuencia eran puntuados a favor con una frecuencia de 21 y 37 respectivamente. El resto de ítems tienen una frecuencia más baja. En todos los ítems se produjo una reducción de puntuaciones a favor tras el programa. La mayor diferencia se observa en los ítems 1 (“Alguien con esquizofrenia no puede sobrellevar el estrés ante los exámenes”), 4 y 6.

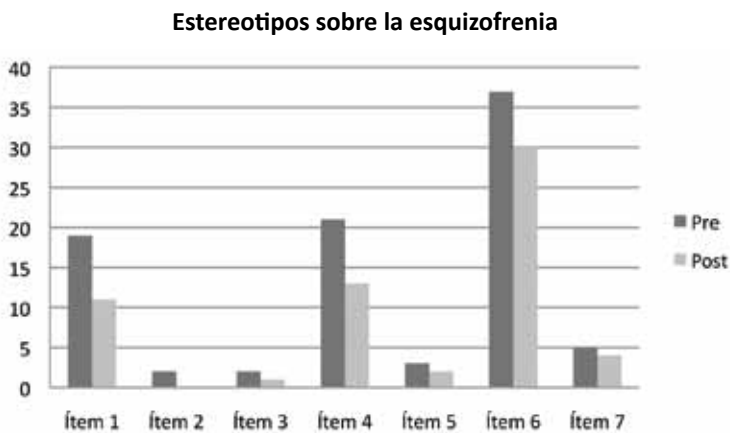


Figura 1. Gráfica de frecuencias en el programa antiestigma basado en ACT. Estereotipos sobre la esquizofrenia.

En la figura 2 se muestran las diferencias en frecuencias en el programa basado en ACT en relación al factor distancia social. El ítem con mayor frecuencia contestado a favor es el 18 (“Alguien con esquizofrenia no debería realizar trabajos que incluyan cuidar a niños o jóvenes”). Como se puede observar, tras el programa la mayoría de los ítems se reducen o se mantienen igual. No obstante, hay algunos ítems como el 8 (“Tendría miedo de hablar con una persona con esquizofrenia”), 9 (“No me molestaría o preocuparía estar en la misma clase de una persona con esquizofrenia”) y 13 (“Si uno de mis amigos desarrollara esquizofrenia iría a verlo al hospital”) que aumentan la frecuencia. En conclusión, la mayoría de los cambios se producen en relación a los ítems correspondientes al factor “estereotipos sobre la esquizofrenia”.

Distancia social

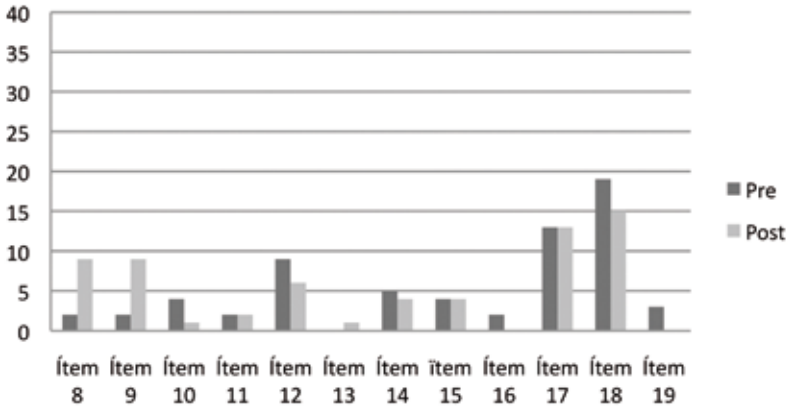


Figura 2. Gráfica de frecuencias en el programa antiestigma basado en ACT.

En la figura 3 se muestran las frecuencias ítem a ítem en relación al primer factor del cuestionario sobre estigma: estereotipos sobre la esquizofrenia. Estas frecuencias se refieren a los resultados obtenidos en el programa basado en psicoeducación. En este caso los ítems con las frecuencias más altas son: 1, 4, 6. Se puede observar que apenas hay disminución de frecuencias.

Estereotipos sobre la esquizofrenia

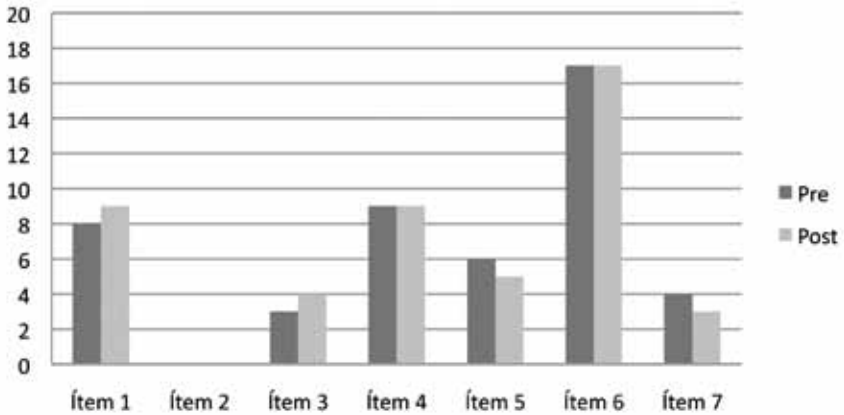


Figura 3. Gráfica de frecuencias en el programa antiestigma basado en educación. Estereotipos sobre la esquizofrenia.

En la figura 4 se muestra las frecuencias del segundo factor en el programa basado en educación. La mayoría de los ítems se mantienen con la misma frecuencia e incluso algunos ítems como el 12 (“Si la persona que se sienta a mi lado en clase desarrollara esquizofrenia, preferiría sentarme en otro lado”), 14 (“No invitaría a alguien con esquizofrenia a mi fiesta de cumpleaños”) y 15 (“No llevaría a alguien con esquizofrenia cuando quedo con mis amigos”) aumentan considerablemente.

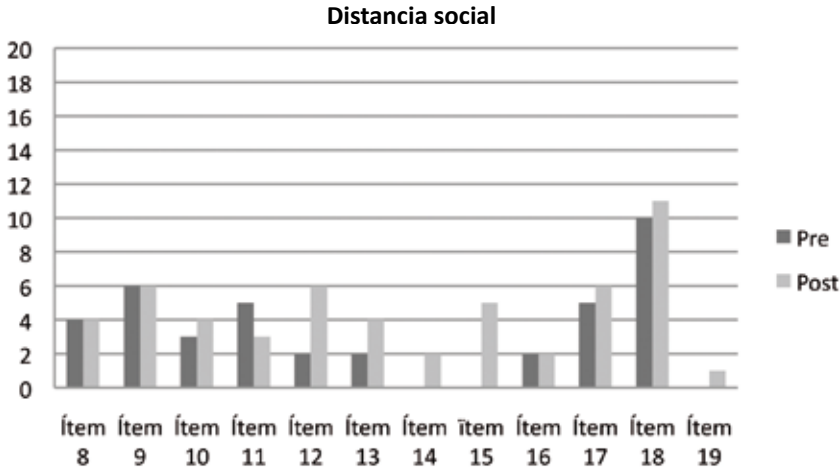


Figura 2. Gráfica de frecuencias en el programa antiestigma de Psicoeducación

Efectos en flexibilidad psicológica

En este estudio se ha utilizado el cuestionario AAQ-II para valorar cambios en flexibilidad cognitiva. En la figura 5 se muestran los resultados. No hay diferencias significativas entre las fases pre y post en el programa antiestigma basado en ACT [t (37)= -1,21; p= 0,231]. Tampoco hay diferencias en el programa basado en educación [t (20)= 0,473; p= 0,641].

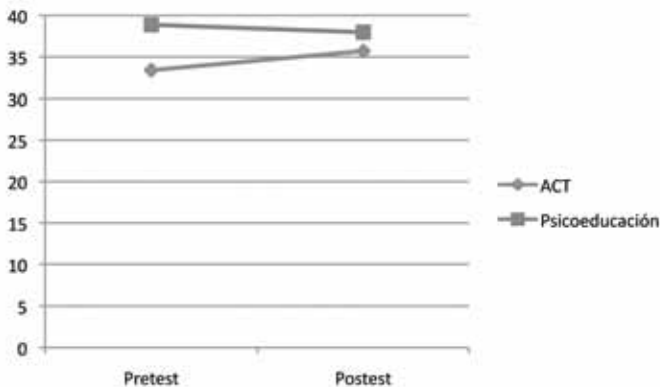


Figura 5. Puntuaciones medias en el AAQ-II

Discusión

Comparando los dos programas podemos observar que en el caso del programa elaborado a partir de técnicas de ACT se produce una disminución significativa del estigma. En cambio, con el programa basado en psicoeducación no se producen diferencias. Por tanto, no se trata meramente de proporcionar información, incluso podría ser “contraproducente”, como cuando se indica que estos trastornos tienen un origen biológico, ya que esto podría acarrear consecuencias negativas tales como la idea de que debe existir una cura basada en fármacos, la sensación de que la persona con el trastorno no ejerce ningún control y que, por tanto, no tiene responsabilidad sobre su trastorno, y que las personas con trastornos mentales se sientan víctimas. Por ello, tal y como señalan Read y Haslam (2006) sería conveniente realizar los programas antiestigma dando información en términos de historia vital en vez de basándose en una etiología “médica”. A su vez, otro aspecto importante sería posibilitar el contacto con las personas con trastorno mental.

No obstante, existen algunas limitaciones metodológicas en este estudio. Por ejemplo, no se ha podido acceder a un grupo control con el que comparar los resultados de ambos programas ni tampoco se ha podido realizar un seguimiento para comprobar si los resultados son consistentes a lo largo del tiempo.

Por otro lado, en relación a la flexibilidad cognitiva no existen diferencias estadísticamente significativas. Esto mismo ocurrió en dos investigaciones realizadas con anterioridad donde, pese a la no existencia de diferencias significativas, la flexibilidad cognitiva predecía mayores cambios en el estigma (Masuda et al., 2007; Masuda et al., 2009). Por tanto, a diferencia de la hipótesis inicial, no aumentó significativamente tras el programa basado en ACT. Sin embargo, sí que se redujo el estigma. Puede que las diferencias en cuanto a flexibilidad cognitiva no se muestren significativas debido al tamaño de la muestra. Otra posibilidad es que apareciesen diferencias posteriores pero debido a la falta de seguimiento no se han podido observar. Así, una posible sugerencia es repetir esta investigación ampliando el número de horas del programa, aumentar la muestra y realizar un seguimiento para así analizar de manera más exhaustiva la relación entre flexibilidad psicológica y estigma.

Referencias

- Corrigan, P.W. y Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1, 16-20.
- Hayes, S.C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-skillnearian account of human language and cognition*. New York: Plenum Press.
- Hayes, S.C., Strosahl, K. y Wilson, K.G. (1999). *Acceptance and Commitment Therapy: An experiential approach to behavior change*. New York: Guildford Press.

- Hayes, S.C., Nicolls, R., Masuda, A. y Rye, A.K. (2002). Prejuice, terrorism, and behavior therapy. *Cognitive and Behavioral Practice*, 9, 296-301.
- Langer, A.I., Ruiz, F.J., Cangas, A.J. y Luciano, M.C. (2009). Spanish adaptation of Acceptance and Action Questionnaire II: Factor structure and psychometric properties. Poster presentado en el *Third World Conference on ACT, RFT and Contextual Bihavioural Science*. Enschede, Holanda.
- Masuda, A., Hayes, S.C., Fletcher, L.B., Seignourel, P.J., Bunting, K., Herbst, S.A., Twohig, M.P. y Lillis, J. (2007). Impact of acceptance and commitment therapy versus education on stigma toward people with psychological disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2764-2772.
- Masuda, A., Hayes, S., Lillis, J., Bunting, K., Herbst, S. y Fletcher, L. (2009). The relation between psychological flexibility and mental health stigma in Acceptance and Commitment Therapy: A preliminary process investigation. *Behavior and Social Issues*, 18, 25-40.
- Najmi, S. y Wegner, D. (2009). Hidden complications of thought suppression. *International Journal of Cognitive Therapy*, 2 (3), 210-223.
- Read, J. y Haslam, N. (2006). La opinión pública dice: pasan cosas malas que pueden hacer que podamos perder el juicio. En J. Read, L.R. Mosher y R.P. Bentall. (2006). *Modelos de locura* (pp. 165-180). Barcelona: Herder.
- Rofè, T., Street, Y. y Hasharon, R. (2009). Metaphorical stories for education about mental health challenges and stigma. *Schizophrenia Bulletin*, 35, 473-475.
- Schulze, B., Richter-Werling, M., Matschinger, H. y Angermeyer, M.C. (2003). Crazy? So what! Effects of a school project on students' attitudes toward people with schizophrenia. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 107, 142-150.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W., y otros. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572.
- Wilson, K.G. y Luciano, M.C. (2002) *Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT). Un tratamiento conductual orientado a los valores*. Madrid: Pirámide.

EL IRAP COMO MEDIDA DEL ESTIGMA Y PREJUICIO: UNA REVISIÓN DESCRIPTIVA DE LA EVIDENCIA EMPÍRICA DISPONIBLE. APORTACIONES PARA EL ESTUDIO DEL ESTIGMA INHERENTE A LOS TRASTORNOS DEL ESPECTRO ESQUIZOFRÉNICO.

Noelia Navarro Gómez y Adolfo Javier Cangas Díaz
Universidad de Almería

Históricamente, uno de los tópicos principales incluidos en el ámbito de la investigación social es el estudio de las actitudes, hecho atribuible al importante papel que éstas desempeñan en las relaciones interpersonales. Los métodos para evaluar las creencias se han basado principalmente en el empleo de medidas de autoinforme de carácter explícito tales como las escalas tipo Likert (1932), o escalas de diferencial semántico (Osgood, Suci y Tannenbaum, 1957). Sin embargo, la investigación ha puesto de relieve diversos inconvenientes que encierra el empleo de este tipo de medidas (ej., De Jong, 2002; Gemar, Segal, Sagratti y Kennedy, 2001; Raja y Stokes, 1998; Teachman, Gregg y Woody, 2001) inconvenientes tales como el excesivo tiempo que conlleva su elaboración para garantizar su calidad científica y la dotación de adecuadas propiedades psicométricas, y especialmente, los inconvenientes relativos a las respuestas que los propios sujetos proporcionan, presentando sesgos en múltiples direcciones ya que el sujeto puede no tener conciencia de sus propias creencias o puede responder acorde a lo que considera que se espera de él, mostrando una tendencia a la “deseabilidad social”, ocultando o sobredimensionalizando una determinada información. Para Dawes (1972) la principal limitación de las medidas de autoinforme deriva del tiempo y de la oportunidad que se le ofrece al participante para controlar sus respuestas, sujetas a su vez a diversas variables cognitivas, motivacionales y situacionales. Del mismo modo, las personas pueden no ser conscientes de que poseen una actitud particular y, en consecuencia, pueden no informar de ello (Nisbett y Wilson, 1977; Dambrun y Guimond, 2004).

Como resultado de dicha problemática, durante los últimos años ha surgido un creciente interés hacia el estudio de lo que se conoce como actitudes o creencias implícitas. Greenwakt y Banaji (1995), definen las actitudes implícitas como “*aquellos trazos de la experiencia pasada no identificados o identificados de forma errónea que median los sentimientos, pensamientos y acciones favorables o desfavorables hacia objetos sociales*”. De este modo, al exteriorizar una actitud las personas ligan el objeto de actitud con una evaluación (ya sea positiva o negativa) con una cierta fuerza de asociación, de forma automática y en muchas ocasiones de forma inconsciente (Oskamp y Schultz, 2004).

El estudio de la cognición implícita ha desembocado en el desarrollo de diferentes procedimientos experimentales diseñados para revelar las creencias implí-

citas inherentes a un dominio en particular, de tal manera que se permita solventar algunas de las carencias relativas a las medidas explícitas tradicionales. Actualmente el Implicit Association Test (IAT; Greenwald, McGhee, y Schwartz, 1998) es la herramienta más utilizada para la medición de estas creencias o actitudes implícitas. Greenwald et al. (1998) diseñaron el IAT para evaluar la fuerza de asociación entre conceptos en la memoria. Dicho instrumento retoma la conceptualización de las representaciones sociales, asumiendo que la información que poseemos se encuentra estructurada en forma de redes de asociaciones vinculadas entre sí con diferentes fuerzas. Dependiendo del valor de estas fuerzas de asociación, la accesibilidad a dichas representaciones va a manifestarse en actitudes, estereotipos, autoconceptos o identidad de los individuos (Greenwald, Banaji, Rudman, Franham, Nosek y Rosier, 2000).

La literatura disponible cuenta con diversas investigaciones en las que se pone de manifiesto que el IAT revela actitudes implícitas que los sujetos suelen negar al cumplimentar los cuestionarios y otras medidas explícitas (Nosek, Greenwald y Banaji, 2006), como estereotipos raciales (Dasgupta, McGhee, Greenwald y Banaji, 2000; Greenwald, et al., 2002; Monteith, Voils y Ashburn-Nardo, 2001; Livingston, 2002; Ottoway, Hayden y Oakes, 2001). Así, por ejemplo, se ha demostrado que personas que declararon no sostener actitudes racistas, respondían más rápidamente y con mayor precisión cuando tenían que emparejar nombres típicos de personas blancas con adjetivos positivos, y nombres típicos de personas negras con adjetivos negativos, que a la inversa (Greenwald et al., 2002). De forma similar, Dasgupta et al. (2000), encontraron que los participantes respondían más rápidamente en las tareas que asociaban más palabras agradables con “blanco” y palabras desagradables con “negro” que viceversa, ocurriendo este sesgo en aquellos participantes que explícitamente habían negado presentar actitudes racistas.

Por su parte Boysen et al. (2006), administraron el IAT en situaciones tanto de evaluación pública como privada para evaluar los prejuicios y sesgos hacia la homosexualidad. Los resultados mostraron que el contexto público disminuyó significativamente el nivel de sesgo hacia la homosexualidad respecto al contexto privado.

A raíz de estudios como el anterior, ha aumentado la popularidad de este tipo de tareas para evaluar las actitudes implícitas y creencias disfuncionales, realizándose diversas réplicas del fenómeno (ej. De Houwer, 2002).

Recientemente, ha surgido otra medida de las actitudes y creencias implícitas, denominada *Implicit Relational Assessment Procedure* (IRAP; Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, Power, Hayden, Milne y Stewart, 2006), sustentada teóricamente en un análisis conductual que da cuenta del lenguaje y la cognición humana, conocida como *Relational Frame Theory* (RFT; Hayes, Barnes-Holmes y

Roche, 2001) en oposición a la tradición socio-cognitiva que dio lugar a la IAT. Así, se analiza el *aprendizaje relacional* como operante que se caracteriza por el hecho de poder responder a un estímulo en términos de otro, por su pertenencia a una red de relaciones (o marcos relacionales) conformadas a partir de una historia de interacciones entre dicho estímulo y otros que no necesariamente presenten características físicas comunes. La RFT sostiene que las unidades básicas del lenguaje y la cognición son relacionales, centrándose los procedimientos surgidos en este área en las relaciones entre los estímulos y las redes relacionales (Barnes-Holmes, Healy y Hayes, 2000). El IRAP es un procedimiento de ordenador en el cual los participantes deben participar de forma compatible o incompatible con sus historias de aprendizaje preexperimental.

El IRAP podría describirse como una combinación del IAT con un procedimiento basado en la RFT conocido como Relational Evaluation Procedure (REP), utilizado para examinar la respuesta relacional en diversos estudios (Cullinan, Barnes-Holmes y Smeets, 1998; Cullinan, Barnes-Holmes, y Smeets, 2000, 2001; O'Hora, Barnes-Holmes, Roche, y Smeets, 2004; O'Hora, Peláez y Barnes-Holmes, 2005; Stewart, Barnes-Holmes y Roche, 2002, 2004). La hipótesis básica de este tipo de procedimientos es que cuando las respuestas relacionales se hacen bajo presión de tiempo, las medias de latencia de respuesta serán menores en los bloques de ensayos consistentes (es decir, acordes con sus relaciones verbales preexperimentales) que en los bloques de ensayos inconsistentes (incoherentes con sus relaciones verbales preexperimentales).

Evidencias empíricas del uso del IRAP para la medida del prejuicio y estigma en diferentes ámbitos.

Una vez hecha una breve exposición acerca de la naturaleza y el funcionamiento del IRAP, se procederá a presentar una revisión de los estudios más relevantes que utilizan este procedimiento para la medida del estigma y actitudes prejuiciosas en diferentes áreas.

En un estudio preliminar, Power, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Stewart (2009) evaluaron a través del IRAP las creencias o actitudes implícitas de una muestra de 16 participantes irlandeses respecto a los estereotipos nacionales, encontrándose en estos participantes una fuerte preferencia por los irlandeses respecto a los escoceses, y de los americanos, respecto a los africanos. Sin embargo, las medidas explícitas indicaron una preferencia similar hacia irlandeses y escoceses, y preferencia por los africanos respecto a los americanos. En un segundo experimento realizado con una muestra de 16 participantes, todos ellos de Estados Unidos, se encontraron fuertes preferencias implícitas por los americanos respecto a los irlandeses, por los irlandeses respecto a los escoceses, y por los escoceses respecto a los africanos, no siendo estas medidas coherentes con las medidas explícitas.

Con respecto a las actitudes implícitas hacia la tercera edad, es conveniente destacar el estudio de Cullen, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Sterart (2009), quienes emplearon el IRAP con una muestra irlandesa de 5 hombres y 7 mujeres de edades comprendidas en el rango de 18 a 26 años. Se presentaron como opciones de respuesta las palabras “similar” y “opuesto”, con los términos muestra “ancianos” y “jóvenes”, así como diversos estímulos objetivo positivos y negativos. Los resultados encontraron un sesgo a favor de la juventud evidenciable en una latencia menor en aquellos ensayos en los que la respuesta era “similar-adjetivo positivo-jóvenes) en comparación con la respuesta contraria “similar-adjetivo positivo-ancianos) no correlacionando con este efecto las medidas explícitas que se tomaron. Posteriormente, trató de modificarse este sesgo con la presentación previa al IRAP de una serie de cuadros que los participantes admiraban o que por el contrario, no les gustaban. Los 24 participantes que tomaron parte de este estudio se signaron aleatoriamente a una de las siguientes condiciones: pro-ancianidad/antijuventud o pro-juventud/antiancianidad tomándose además una medida implícita adicional 24 horas después de la administración de la primera. Los resultados revelaron que en la condición pro-ancianos se redujo el efecto IRAP pro-jóvenes, pero se revocó el efecto anti-ancianos, manteniéndose estos resultados en el test realizado a las 24 horas. Las medidas explícitas por su parte, no se vieron afectadas.

Barnes-Holmes, Murphy, Barnes-Holmes y Stewart (2010) utilizaron el IRAP como medida de actitudes raciales implícitas en una muestra irlandesa de 31 personas blancas de edades comprendidas entre los 18 y los 62 años, que fueron expuestas a bloques de ensayos que requerían responder de forma consistente o bien con estereotipos a favor de las personas blancas, o a favor de las personas negras. Los participantes completaron el IRAP, bien mediante una evaluación en un contexto público o privado. En la mitad de los ensayos IRAP, los participantes estaban obligados a confirmar que aquellas imágenes en las que se presentaban hombres blancos con armas eran seguras y que las imágenes de hombres negros con armas era peligrosas, mientras que en los ensayos restantes fue requerido el patrón de respuesta opuesta. Se planteó la hipótesis implícita de los estereotipos pro-blancos se reducirían en el contexto público en relación con el contexto privado. Sin embargo, los resultados, no apoyaron estas predicciones. En un segundo experimento del estudio, utilizando una muestra de 19 personas blancas de Irlanda de edades comprendidas entre los 18 y los 52 años, se trató de comprobar si la reducción en el tiempo requerido para dar la respuesta tendría un impacto significativo sobre los estereotipos implícitos. Los resultados mostraron que la reducción en la latencia de la respuesta aumentó significativamente los estereotipos endogrupales.

En el ámbito del tabaquismo también se han realizado estudios preliminares con adolescentes para medir las preferencias de identidad social relacionadas con el hábito de fumar. Vahey, Boles y Barnes-Holmes (2010) utilizaron una muestra de

ocho fumadores y ocho no-fumadores, encontrando que los fumadores adolescentes tienden a relacionar la palabra de muestra “Fumador” como “Similar” a términos indicativos de aceptación social, no encontrándose esta tendencia en los adolescentes no fumadores. Además, el procedimiento permitió diferenciar entre fumadores y no fumadores por la tendencia de los primeros a relacionar “No fumador” como “Similar” a términos de rechazo social.

Aplicabilidad del IRAP y aportaciones futuras: nuevas líneas de investigación para el estudio del estigma y prejuicio inherente a los trastornos del espectro esquizofrénico.

Durante los últimos años se ha producido un importante auge en el interés investigador hacia las actitudes sociales respecto a las personas con trastornos psicológicos y su posible repercusión en el transcurso de estos. Más específicamente, en su mayoría estos estudios, se centran en el concepto de estigma y las nefastas consecuencias que acarrea. Goffman (1963) define el estigma como *“un atributo que es profundamente devaluador, el cual degrada y rebaja a la persona portadora del mismo”*. Para Jones et al. (1984), el estigma es *“una marca (atributo) que vincula a la persona con características indeseables”*. Stafford y Scott (1986) por su parte, sostienen que el estigma podría definirse como *“una característica de las personas que resulta contraria a la norma de una unidad social, considerando como norma una creencia compartida, dirigida a comportarse de una forma determinada en un momento preciso.”* Posteriormente, se ha señalado que los individuos estigmatizados *“poseen algún atributo o característica que conlleva una identidad social la cual es devaluada en un contexto social particular”* (Crocker, Major y Steele, 1998).

Aunque el fenómeno del estigma está presente en diversos problemas psicológicos, parece no darse en el mismo grado en todos ellos, encontrándose en cualquiera de los casos los pacientes con un problema añadido a los que se derivan directamente de sus trastornos: los problemas relacionados con el estigma, que suelen tener un carácter permanente y refractario a la intervención. De este modo, y particularizando en el ámbito de los trastornos del espectro esquizofrénico, los estudios sobre el tema apuntan que las actitudes sociales hacia las personas con esquizofrenia no son exactamente similares a las relacionadas como la ansiedad o la depresión, y aunque hay una base común de rechazo (Farina, 1998), se ha encontrado un cierto gradiente que abarcaría desde aquellos trastornos que *“pueden afectarnos a todos”*, y tiene una mejor imagen social, hasta aquellos trastornos más cercanos a la imagen tradicional de *“locura”* (Crisp, 2001). Así, los contenidos cognitivos más frecuentemente expresados sobre las personas con esquizofrenia, suelen agruparse en algunos factores de significativa consistencia y concordancia, tales como, peligrosidad, extrañeza e impredecibilidad, dificultad de relación e incapacidad para manejar su vida, todo ello unido a la creencia de incurabilidad y a un grado variable de

atribución de responsabilidad y “culpa” sobre lo que les sucede (Angermeyer y Matschinger, 2005). Asociados a estas ideas se encuentran sentimientos de miedo, rechazo, desconfianza, y, consecuentemente, la predisposición a disminuir los contactos sociales, (Corrigan y Watson, 2002; Penn y Wykes, 2003) mediante el rechazo, el aislamiento o la recomendación de los tratamientos coercitivos y la reclusión institucional.

Analizando algunos de estos factores más frecuentemente asociados con la esquizofrenia, la relación con la violencia es un tema clave, manifestando los estudios que la consideración de que las personas con esquizofrenia realizan actos violentos, ya sea como comportamiento habitual o probable, es una constante cuando se analizan tanto las actitudes de distintas personas y sectores sociales, como los mensajes de los medios de comunicación. Del mismo modo, los estudios reflejan también que a diferencia de otros trastornos psicológicos, en el caso de la esquizofrenia, se produce una categorización de estas personas en un grupo distinto (“ellos” frente a “nosotros”), a la vez que quedan completamente definidas por el trastorno, perdiendo su identidad como personas: se asume que las personas “son” esquizofrénicas y no que “tienen” o “padecen” esquizofrenia (Rüsch, Angermeyer y Corrigan, 2005). Las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la consecuencia de una imagen social negativa pueden levantar barreras sociales adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginación, y evidencian la necesidad de trabajar por la integración de estas personas.

En este punto, sería conveniente profundizar en el estudio del estigma inherente a estos trastornos, siendo el IRAP una buena herramienta para este estudio, como ya se ha visto en los ejemplos disponibles en la literatura anteriormente presentados que tratan el estigma o las creencias prejuiciosas en diversos ámbitos. La aplicación del IRAP en el ámbito del estigma asociado a la esquizofrenia, constituiría un tema novedoso, justificándose la aplicación de este procedimiento por razones como el hecho de que sus efectos han sido replicados en un amplio número de dominios habiéndose encontrado que es comparable al IAT como medida de las diferencias individuales (Barnes-Holmes, Murtagh, Barnes-Holmes y Stewart, 2010; Barnes-Holmes, Waldron, Barnes-Holmes y Stewart, 2009), que tiene una validez predictiva comparable a la de procedimientos bien establecidos como el IAT (Barnes-Holmes, et al., 2010; Barnes-Holmes, et al., 2009), que sus resultados no son fácilmente falsificables (McKenna, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes, y Stewart, 2007), que se puede utilizar como una medida de autoestima implícita, de actitudes implícitas hacia el trabajo y el ocio (Chan, Barnes-Holmes, Barnes-Holmes y Stewart, 2009), de la discriminación implícita a las personas mayores (Cullen, et al., 2009), y de las actitudes implícitas en los pederastas (Dawson, Barnes-Holmes, Gresswell, Hart y Gore, 2009), y produce unos efectos que claramente difieren de los obtenidos en medidas explícitas (Power, et al., 2009).

Además, los estudios que se desarrollen en esta línea deberán solventar las diversas limitaciones que subyacen a las predicciones basadas en un análisis estructural, especificando los procesos psicológicos implicados, a la par que enfatizando las aportaciones de la RFT en oposición a la corriente dominante en el ámbito de la cognición implícita.

En cualquier caso, estaríamos ante una prometedora línea de investigación e intervención centrada principalmente en combatir una de las problemáticas más relevantes en este tipo de trastornos como es el estigma, las actitudes sociales de rechazo hacia estas personas y la subsecuente imagen social negativa que levantan barreras sociales adicionales que aumentan el riesgo de aislamiento y marginación en esta población.

Referencias

- Angermeyer, M.C. y Matschinger, H. (2005). Labelling stereotype discrimination: An investigation of the stigma process. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 40, 391-395.
- Barnes-Holmes, D., Healy, O. y Hayes S. C. (2000). Relational frame theory and the relational evaluation procedure: Approaching human language as derived relational responding. En J. C. Leslie y D. E. Blackman (Eds.), *Experimental and applied analyses of human behaviour* (pp. 149–180). Reno, NV: Context Press.
- Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y., Power, P., Hayden, E., Milne, R. y Stewart, I. (2006). Do you really know what you believe? Developing the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a direct measure of implicit beliefs. *The Irish Psychologist*, 32, 169-177.
- Barnes-Holmes, D., Murphy, A., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2010). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP): Exploring the impact of private versus public contexts and the response latency criterion on pro-white and anti-black stereotyping among white Irish individuals. *The Psychological Record*, 60, 57-66.
- Barnes-Holmes, D., Murtagh, L., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2010). Using the Implicit Association Test and the Implicit Relational Assessment Procedure to measure attitudes toward meat and vegetables in vegetarians and meat-eaters. *The Psychological Record*, 60, 287-306.
- Barnes-Holmes, D., Waldron, D., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2009). Testing the validity of the Implicit Relational Assessment Procedure and the Implicit Association Test: Measuring attitudes toward Dublin and country life in Ireland. *The Psychological Record*, 59, 389-406.
- Boysen, G. A., Vogel, D. L. y Madon, S. (2006). A public versus private administration of the Implicit Association Test. *European Journal of Social Psychology*, 36, 845–856.
- Chan, G., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2009). Implicit attitudes to work and leisure among North American and Irish individuals:

- A preliminary study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 9, 317-334.
- Corrigan, P.W. y Watson, A.C. (2002). Understanding the impact of stigma on people with mental illness. *World Psychiatry*, 1,16-20.
- Crocker, J., Major, B. y Steele, C. (1998). Social stigma. En Gilbert, D., Fiske, S. T., y Lindzey, G. (Eds.) *The Handbook of Social Psychology* (pp. 504-553). New York: McGraw Hill.
- Crisp, A. (2001). The tendency to stigmatise. *British Journal of Psychiatry* 178, 197-199.
- Cullen, C., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2009). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) and the malleability of ageist attitudes. *The Psychological Record*, 59, 591-620.
- Cullinan, V., Barnes, D. y Smeets, P. M. (1998). A precursor to the relational evaluation procedures: Analyzing stimulus equivalence. *The Psychological Record*, 48, 121-145.
- Cullinan, V., Barnes -Holmes, D. y Smeets , P. M. (2000). A precursor to the relational evaluation procedure: Analyzing stimulus equivalence II. *The Psychological Record*, 50, 467-492.
- Cullinan, V., Barnes -Holmes, D. y Smeets , P. M. (2001). A precursor to the relational evaluation procedure: The search for the contextual cues that control equivalence responding. *Journal of the Experimental Analysis of Behavior*, 76, 339-349.
- Dambrun, M. y Guimond, S. (2004). Implicit and explicit measures of prejudice and stereotyping: Do they assess the same underlying knowledge structure? *European Journal of Social Psychology*, 34, 663-676.
- Dasgupta, N. G, McGhee, D.E., Greenwald, A.G. y Banaji, M.R. (2000). Automatic preference for White Americans: Eliminating the familiarity explanation. *Journal of Experimental Social Psychology*, 36, 316-328.
- Dawes, R. M. (1972). *Fundamentals of attitude measurement*. New York: Wiley.
- Dawson, D. L., Barnes-Holmes, D., Gresswell, D. M., Hart, A. J. P. y Gore, N. J. (2009). Assessing the implicit beliefs of sexual offenders using the Implicit Relational Assessment Procedure: A first study. *Sexual Abuse: A Journal of Research and Treatment*, 21, 57-75.
- De Houwer, J.(2002). The Implicit Association Test as a tool for studying dysfunctional associations in psychopathology: Strengths and limitations. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 33, 115-133.
- De Jong, P. (2002). Implicit self-esteem and social anxiety: Differential self-positivity effects in high and low anxious individuals. *Behaviour Research and Therapy*, 40,501-508.
- Farina, A. (1998). Stigma. En K.T. Mueesser, y N. Tarrier (Ed.), *Handbook of Social Functioning in Schizophrenia* (pp. 247-279). Boston: Allyn and Bacon.
- Gemar, M. C., Segal, Z. V., Sagrati, S. y Kennedy, S. J. (2001). Mood-induced changes on the Implicit Association Test in recovered depressed patients. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 282- 289

- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*. New Jersey: Prentice Hall.
- Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review*, 102, 4–27.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E. y Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: The Implicit Association Test. *Journal of Personality and Social Psychology*, 74, 1464–1480.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A. y Rosier, M. (2000). *Prologue to a unified theory of attitudes, stereotypes, and self-concept*. En J. P. Forgas (Ed.), *Feeling and thinking: The role of affect in social cognition and behavior* (pp. 308-330). New York: Cambridge University Press.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A. y Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review*, 109, 3–25.
- Hayes, S. C., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2001). *Relational frame theory: A post-Skinnerian account of human language and cognition*. New York: Plenum.
- Jones, E., Farina, A., Hastorf, A., Markus, H., Miller D. T. y Scott, R. (1984). *Social stigma: The psychology of marked relationships*. New York: Freeman.
- Likert, R. (1932). A technique for the measurement of attitudes. *Archives of Psychology*, 140, 5-53.
- Livingston, R. W. (2002). The role of perceived negativity in the moderation of African Americans' implicit and explicit racial attitudes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 38, 405–413.
- McKenna, I. M., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2007). Testing the fake-ability of the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP): The first study. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 7, 253-268.
- Montieth, M. J., Voils, C. I. y Ashburn-Nardo, L. (2001). Taking a look underground: Detecting, interpreting, and reacting to implicit racial biases. *Social Cognition*, 19, 395–417.
- Nisbett, R. E. y Wilson, T. D. (1977). Telling more than we can know: Verbal reports in mental processes. *Psychological Review*, 84, 231-259.
- Nosek, B. A., Greenwald, A. G. y Banaji, M. R. (2006). The Implicit Association Test at age 7: A methodological and conceptual review. En J.A. Bargh (Ed.), *Automatic processes in social thinking and behavior* (pp.265–292). Hove, UK: Psychology Press.
- O'Hara, D., Barnes-Holmes, D., Roche, B. y Smeets, P. M. (2004). Derived relational networks and control by novel instructions: A possible model of generative verbal responding. *The Psychological Record*, 54, 437–460.
- O'Hara, D., Pelaez, M. y Barnes-Holmes, D. (2005). Derived relational responding and performance on verbal sub-tests of the WAIS-III. *The Psychological Record*, 55, 155–175.

- Osgood, C. E., Suci, G. J. y Tannenbaum, P. H. (1957). *The measurement of meaning*. Chicago: Urbana.
- Oskamp, S. y Schultz, W. (2004). *Attitudes and Opinions*. Mahwah, USA: Editorial Lawrence Erlbaum Associates.
- Ottoway, S. C., Hayden, D. C. y Oakes, M. A. (2001). Implicit attitudes and racism: Effects of word familiarity and frequency on the Implicit Association Test. *Social Cognition*, 19, 97-144.
- Penn, D.L. y Wykes, T. (2003). Stigma, Discrimination and Mental illness. *Journal of Mental Health*, 12, 203-208.
- Power, P. M., Barnes-Holmes, D., Barnes-Holmes, Y. y Stewart, I. (2009). The Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) as a measure of implicit relative preferences: A first study. *The Psychological Record*, 59, 621-640.
- Raja, S. y Stokes, J. P. (1998). Assessing attitudes toward lesbians and gay men: The Modern Homophobia Scale. *Journal of Gay, Lesbian, and Bisexual Identity*, 3, 113-134.
- Rüsch, N., Angermeyer, M.C. y Corrigan, P. (2005) Mental Illness Stigma: Concepts, Consequences and Initiatives to Reduce Stigma. *European Psychiatry*, 20, 529-539.
- Stafford, M.C. y Scott, R.R. (1986). Stigma deviance and social control: Some conceptual issues. En S. C. Ainlay, G. Becker y L. M. Coleman (Ed.) *The Dilemma of Difference*. New York: Plenum.
- Stewart, I., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2002). Developing an ecologically valid model of analogy using the relational evaluation procedure. *Experimental Analysis of Human Behavior Bulletin*, 20, 12-16.
- Stewart, I., Barnes-Holmes, D. y Roche, B. (2004). A functional-analytic model of analogy using the relational evaluation procedure. *The Psychological Record*, 54, 531-552.
- Teachman, B. A., Gregg, A. P. y Woody, S. R. (2001). Implicit associations for fear relevant stimuli among individuals with snake and spider fears. *Journal of Abnormal Psychology*, 110, 226-235.
- Vahey, N., Boles, S. y Barnes-Holmes, D. (2010). Measuring adolescents' smoking-related social identity preferences with the Implicit Relational Assessment Procedure (IRAP) for the first time: A starting point that explains later IRAP evolutions. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 10, 453-474.

DES-ESTIGMATIZANDO LOS DELIRIOS: BOSQUEJO DE TRES MODELOS PSICOLÓGICOS

José Manuel García Montes
Universidad de Almería

La presente comunicación presenta tres modelos sobre los delirios que vienen a situar tales síntomas en continuidad con procesos psicológicos comunes a todas las personas. Se entiende que estos modelos son claramente des-estigmatizantes, al permitir una mejor comprensión de la experiencia delirante, y al ponerla en relación con fenómenos que ocurren a las personas no diagnosticadas de esquizofrenia o de otros trastornos mentales. Previamente a su exposición, creemos oportuno decir que los tres modelos no son excluyentes y que, en puridad, cada uno de ellos puede ser más relevante en relación con un tipo de delirio u otro.

La concepción canónica

Según el DSM IV TR (APA, 2000, p. 299) los delirios serían “creencias erróneas que, generalmente, suponen una interpretación equivocada de percepciones o experiencias”. Tras señalar, sin ánimo de exhaustividad, los más frecuentes tipos de delirios, el mismo Manual reconoce que:

En ocasiones la distinción entre un delirio y una creencia fuertemente mantenida es difícil de hacer y depende, al menos en parte, del grado de convicción con que tal creencia se sustenta a pesar de hechos claros que contradicen su veracidad
(APA, 2000, p. 299)

Aunque esta definición ha sido criticada, no deja de tener sus ventajas. Así, en primer lugar, parece reconocer un cierto sentido en la experiencia delirante. Cuando se dice que el delirio supone “una interpretación equivocada de percepciones o experiencias” se está ofreciendo una suerte de explicación funcional del delirio. En efecto, parece sugerirse que el delirio se forma a partir de algún tipo de experiencia que es difícilmente inteligible, y para la que la persona busca una interpretación. Hace ya tiempo que Maher (1974, 1988, 1999) vino a presentar un entendimiento similar de los delirios al afirmar que estos son creencias falsas que aparecen como respuestas normales a experiencias anómalas. Ahora bien, parece que este tipo de experiencias “anómalas” (u otras muy similares) están presentes en la población general (Bradbury, Stirling, Cavill y Parker, 2009; Shevlin, Murphy, Dorahy Adamson, 2007) y que los pacientes delirantes no se caracterizan por presentarlas en mayor medida que otros grupos de población no clínica (Bell, Halligany Ellis, 2007). Habría entonces que preguntarse a qué se debe que ante ciertas experiencias anómalas -que por otra

parte son comunes a una parte considerable de la población-, unas personas acaben presentando delirios y otras no. Así, una línea de investigación se ha dirigido a estudiar los procesos a partir de los cuales los pacientes con delirios llegan a establecer conclusiones a partir de unos hechos determinados. En esta dirección, y por citar sólo una de las múltiples investigaciones existentes, Huq, Garety y Hemsley (1988), utilizando una tarea de razonamiento probabilístico, encontraron que los pacientes con delirios necesitan menos información que otro tipo de población psiquiátrica y que un grupo de población normal a la hora de tomar decisiones y que, además, se muestran más seguros del acierto de su decisión, lo que se ha dado en llamar “jumping to conclusions” bias. Además, se ha visto que este sesgo a establecer conclusiones de forma prematura parece especialmente destacado cuando la información que se maneja es de tipo emocional (Dudley, John y Youngy Over, 1997).

En otro tipo de investigaciones que no implican toma de decisiones se ha visto igualmente que los pacientes con delirios son especialmente dados a considerar que están en lo cierto en relación con lo que piensan (Bruno, Sachs, Demily, Francky Pacherie, 2012). Aunque a la luz de lo que hoy se conoce no es posible establecer la razón por la que los pacientes con delirios tienden a establecer conclusiones demasiado pronto y a valorar en exceso su grado de acierto, no sería descabellado relacionar esta característica con una escasa tolerancia a la incertidumbre. Así, el conocido como “jumping to conclusión bias” se ha visto que se relaciona de forma significativa con la necesidad de encontrar rápidamente una solución a las dudas (Boyd y Gumley, 2007).

En esta dirección Bentall y Swarbrick (2003) han venido a mostrar que tanto los pacientes con delirios de persecución en la actualidad como aquellos que los habían padecido y no los presentaban en el momento de hacerse la investigación mostraban una mayor intolerancia a la incertidumbre que un grupo de población normal.

Las teorías e investigaciones revisadas hasta aquí parecen sugerir, pues, que ante determinado tipo de percepciones o experiencias anómalas los pacientes que acaban desarrollando delirios toleran con dificultad no saber a qué se están enfrentando y, por consiguiente, dan por buena la primera explicación que se les ocurre.

Los delirios como expresiones metafóricas

Nada sorprendentemente se ha destacado que existe una correspondencia entre los delirios y las preocupaciones y motivaciones que son importantes para los pacientes en el momento de sus vidas que están atravesando (Jakes, Rhodes e Issa, 2004; Rhodes y Jakes, 2000, 2004). Según este planteamiento, cabría considerar algunos delirios como expresiones simbólicas que emplean diverso tipo de metáforas o metonimias para referirse al momento vital que está atra-

vesando el paciente. Así, por ejemplo, Rhodes y Jakes (2004) relatan el caso de una mujer cristiana, casada y con tres hijos, que en un momento de su vida, coincidiendo con el deterioro de su matrimonio, sufre la detención policial de su marido por un suceso acaecido fuera del hogar. A la vez uno de sus hijos también comienza a tener problemas legales. A raíz de estos acontecimientos la mujer empieza a pensar que existe algún tipo de “entidad” que se alimenta de su vida y que la está destrozando. Rhodes y Jakes (2004) entienden que esta paciente, en vez de desarrollar una depresión en la que las preocupaciones principales serían la pérdida de aquellos objetivos por los que había luchado y la conducta de su marido y de su hijo, se sumerge en un pensamiento figurativo sobre su experiencia que acaba siendo tratado literalmente y, por ende, derivando en un delirio. En esta misma línea, y de forma consonante con lo dicho más arriba, creemos que no sería descabellado entender que algunos delirios puedan comenzar como intentos metafóricos por comprender experiencias que tienen una difícil expresión verbal.

Tanto si los delirios comienzan siendo explicaciones figurativas del momento vital que atraviesa el paciente como si suponen intentos de hacer contacto con experiencias de difícil tematización, finalmente pueden acabar cobrando una capacidad rectora sobre cómo actúe la persona. Lo que comienza siendo metafórico puede muy bien acabar convirtiéndose en una visión literal de las cosas. En efecto, la investigación empírica existente parece demostrar que las personas diagnosticadas de esquizofrenia tienen una especial dificultad a la hora de discriminar lo que es una metáfora de lo que es una expresión literal (Cutting y Murphy, 1990; DeBonis, Epelbaum, Deffez y Feline, 1997). Por otra parte, desde un punto de vista lingüístico Lakoff y Johnson (1980 /1995) han sugerido que las metáforas novedosas que una persona use destacarán ciertos aspectos de su experiencia, des-focalizarán otros y ocultarán otros. De esta manera, quien ante una serie de dificultades vitales comience a pensar que su situación es similar a la de una persona a la que un “ente” le está sustrayendo su vida” tenderá a aprehender el mundo y comportarse en él de forma consecuente con esta metáfora. Así, es posible que cualquier contrat tiempo que le ocurra a la persona lo vea como una nueva fechoría del “ladrón de vida”; si algo malo ocurre a un vecino se verá como una “incursión” del “ladrón” en otra familia; etc. Igualmente es posible que la persona comience a comportarse de una manera excéntrica, lo que seguramente le traerá un mayor número de dificultades y, a su vez, vendrá a reforzar su creencia en el hecho de que alguien le está “robando la vida”. De esta forma la nueva visión de la realidad que la metáfora ofrece viene a auto-confirmarse, tanto más cuanto más sola esté la persona y menos capacidad tenga de compartir su nueva visión de las cosas con otras personas. A este respecto no conviene olvidar que ya Skinner (1957 / 1981) había definido el delirio como una “conducta verbal sin corregir” y que había insistido en el importante papel que desempeña la soledad como una condición en que el discurso propio se refuerza automáticamente y no necesita respetar las contingencias que

predominan en la comunidad verbal. En esta dirección habría que interpretar los resultados que confirman que los pacientes esquizofrénicos con delirios no presentan este síntoma todo el tiempo, y que existen claves ambientales que inciden sobre la probabilidad de que se presente o no un delirio. Así, según Myin-Germeys, Nicolson y Delespaul (2001), la presencia de familiares o conocidos hace menor la probabilidad de que la persona delire, mientras que si ésta deja de hacer actividades, la probabilidad de presentar el síntoma es mayor. Igualmente, las ocasiones en que los pacientes esquizofrénicos deliran están marcadas por un estado afectivo de naturaleza negativa (ansiedad, enfado, soledad, incertidumbre, encontrarse mal o hallarse haciendo una actividad que no resulta interesante). Como es de esperar, los momentos en que los delirios no se presentan están marcados por experiencias emocionales de alegría y relajación.

En definitiva, desde esta posición se podría entender que los delirios aparecen como intentos por expresar metafóricamente situaciones vitales difíciles y que, en ciertas condiciones de soledad, la propia metáfora acaba siendo tomada y vivida literalmente, trayendo consigo conductas bizarras que redundan en nuevas experiencias de fracaso y soledad. Estas experiencias de fracaso son, entonces, tomadas por la persona como confirmaciones del delirio y, redundarían, en definitiva, en un mantenimiento de la sintomatología y de las condiciones que la generan.

Los delirios como formas activas de evitación experiencial

Con todo, consideramos que los delirios no sólo constituyen entendimientos metafóricos de situaciones vitales o experiencias de difícil tematización. Si pensamos de nuevo en el caso de la mujer que creía que alguien le está robando la vida, habría que reparar en que, como señalan Rhodes y Jakes (2004), la creencia vendría a exculpar a su marido, a su hijo, y por supuesto a ella misma, de las dificultades que está atravesando en ese momento. El delirio permite así salvar la concepción que mantiene de su familia y no cuestionarse si, tal vez, el matrimonio ha llegado a su fin o la educación que se ha dado a los hijos no ha sido la correcta. En definitiva, creer en el “ladrón de vida” permite salvar lo que más parece importar: una buena vida familiar. Ya Freud (1924) había advertido que los delirios surgen como un parche en aquellos puntos en los que se ha producido un desgarramiento en la relación del yo con el mundo exterior. Desde entonces no han faltado autores que entienden que el delirio supone una especie de “muleta” que apunta –psicóticamente– un aspecto del “yo” que es importante para la persona; pero en el que, sin embargo, se ha fracasado. En esta línea apunta la concepción que mantienen Zigler y Glick (1988) de la esquizofrenia paranoide como una suerte de depresión “camuflada”, o el hallazgo de Roberts (1991) de que los pacientes con delirios crónicos presentan un nivel de propositividad y sentido de su vida mayor que otro grupo de pacientes esquizofrénicos crónicos en remisión, lo que le lleva a entender que la formación de delirios puede conllevar cierta satisfacción para la persona y suponer una for-

ma de adaptación a las circunstancias. Más recientemente Bentall, Kinderman y Kaney (1994) han ofrecido un modelo de los delirios de persecución según el cual la función de los mismos sería la de reducir las posibles discrepancias entre el «yo real» y el «yo ideal», lo que ha sido corroborado en diferentes investigaciones empíricas (Bowins y Shugar, 1998; Kinderman y Bentall, 1996, 2000; Kinderman, Prince, Waller y Peters, 2003; McKay, Langdon y Coltheart, 2007). Parece, pues, que los delirios también suponen una forma meramente verbal o discursiva de alcanzar la visión positiva del “yo” que el paciente anhela, a costa del abandono de la realidad. Es posible que dicha realidad se haya vuelto un contexto extremadamente adverso donde poco pueda hacer la persona, y, en consecuencia, la única manera de mantenerse fiel a sí mismo sea desarrollando un mundo propio delirante.

Por todo ello, García-Montes, Luciano, Hernández-López y Zaldívar (2004) han propuesto que los delirios serían formas activas de evitación experiencial. Según la definición canónica la evitación experiencial (que aquí llamaríamos formas “pasivas” de evitación experiencial) tendría lugar cuando una persona no esté dispuesta a establecer contacto con sus experiencias privadas y se comporte deliberadamente para alterar tanto la forma o la frecuencia de tales experiencias como las condiciones que las generan (Hayes, Wilson, Gifford, Follette y Strohsahl, 1996). Si se convierte en inflexible este patrón de comportamiento puede llegar a producir una importante limitación en la vida de la persona (Luciano y Hayes, 2001), en cuyo caso se hablaría ya de Trastorno de Evitación Experiencial (TEE). Así, el TEE se ha planteado como una alternativa funcional a los sistemas clasificatorios al uso. En efecto, parece que un aspecto que comparten una gran variedad de trastornos formalmente diferentes es el rechazo a cierto tipo de experiencias privadas, lo que a la larga se traduce en un aumento de tales experiencias a la par que una limitación en la vida de quien las tiene. Así, desde esta perspectiva, tanto un trastorno obsesivo compulsivo (TOC), como una fobia específica, como un trastorno depresivo mayor se pueden caracterizar por la evitación que hace el paciente de determinados sucesos privados: pensamientos recurrentes en el caso del TOC, la ansiedad que surge ante cierto estímulo en caso de la fobia específica o los sentimientos de tristeza y desesperanza en el caso del trastorno depresivo mayor. Entendemos que este tipo de evitación experiencial, a la que hemos llamado “pasiva”, caracteriza lo que tradicionalmente se han llamado trastornos “neuróticos”. Como se ve, en la evitación experiencial pasiva lo que el paciente trata de evitar es el propio síntoma (las obsesiones, la ansiedad, la tristeza, etc.). Por el contrario en los trastornos psicóticos la evitación experiencial sería, a nuestro juicio, mucho más elaborada, de tal forma que el síntoma vendría a ser él mismo una forma de evitación de algún otro problema o cuestión. Generalmente este tipo de cuestiones que subyacen a los delirios y que los pacientes tratan de evitar afectan de una forma directa a la identidad personal. El paciente con delirios no se caracterizaría, según este planteamiento, por evitar los síntomas; sino que éstos vendrían a ser formas de

elaborar –psicóticamente- una realidad que no se tiene, al tiempo que se huye de aquélla en la que se está.

Los autores canónicos de ACT han recogido, al menos en parte, esta concepción de los delirios al afirmar que, desde la terapia, éstos son vistos “no tanto como un objetivo de la evitación, sino, más bien, como un medio para la misma” (Bach, Guidano, Pankey, Herbert y Hayes, 2006). Sin embargo, a nuestro entender, faltaría por resaltar el aspecto “activo” de los delirios; es decir, cómo estos sirven no sólo para huir, sino que a la vez construyen verbalmente una realidad o mundo alternativo. Creemos, en efecto, que esta distinción entre formas pasivas y formas activas de evitación experiencial no es meramente escolástica. En principio viene a alinearse con concepciones de la psicopatología de diverso cuño que remarcan la distinción entre los trastornos “neuróticos” -o “emocionales”- y los “psicóticos” (p. ej., Freud, 1924; Jaspers 1963/1996; Wolpe 1970). Además, es acorde con la investigación existente sobre el papel del lenguaje en el comportamiento humano desarrollado desde el paradigma de la Teoría de los Marcos Relacionales (Hayes, Barnes-Holmes y Roche, 2001). En efecto, esta diferenciación entre formas pasivas y formas activas de evitación experiencial vendría a poner de relieve cómo la transferencia de funciones no afecta exclusivamente al escape o evitación de estímulos aversivos; sino que el lenguaje también es capaz de traer al momento presente una serie de funciones de carácter apetitivo con efectos perniciosos para la persona. En tercer lugar, las formas activas de evitación experiencial vendrían a destacar la importancia de un modelo psicopatológico con base en la noción de persona humana (Chadwick, 2006; Chadwick, Birchwood y Trower, 1997; García-Montes y Pérez-Álvarez, 2003). Aun cuando la forma canónica de la Terapia de Aceptación y Compromiso (Hayes, Strosahl y Wilson, 1999) incorpora el “self” como uno de los componentes claves del tratamiento, le faltaría, a nuestro juicio, una concepción teórica desarrollada de la persona humana a partir de la cual vertebrar la intervención. Tal concepción, en la línea de lo expuesto por Pérez-Álvarez y García-Montes (2004, 2006), debería destacar los aspectos sociales en la formación del yo, al igual que el papel central de la identidad en el desarrollo de los trastornos psicopatológicos. A nuestro juicio, los delirios, entendidos como formas activas de evitación de la experiencia, vienen a ser paradigmáticos a la hora de poner de relieve la centralidad del “self” en el desarrollo de problemas psicológicos y en su tratamiento.

Recapitulación

Los delirios pueden ser comprendidos, en virtud de la literatura científica existente, como extremos de ciertos procesos psicológicos que son comunes a todas las personas. Bien sea por una mayor intolerancia a la incertidumbre y una mayor necesidad de buscar explicaciones ante experiencias extrañas, bien sea por su facilidad para tomar literalmente expresiones con contenido metafórico, bien sea por el anhelo de poseer una cierta consideración de sí misma, la per-

sona con delirios acaba regida más por un universo verbal (el del propio delirio) que por las circunstancias que la rodean. Los estados emocionales negativos, la soledad y, seguramente también, experiencias tempranas adversas parecen tener un peso importante a la hora de crear o mantener los delirios. Las intervenciones psicológicas, basadas en una lógica normalizadora, pueden ser de gran utilidad terapéutica para reconducir la deriva delirante hacia metas que sean importantes para la persona, haciéndose cargo de las situaciones dadas y de los correlatos psicológicos que conllevan.

Referencias

- American Psychiatric Association. (2000). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders, (4th ed., text revision)*. Washington, DC: Author.
- Bach, P.A., Gaudio, B., Pankey, J., Herbert, J.D. y Hayes, S.C. (2006). Acceptance, Mindfulness, Values and Psychosis: Applying acceptance and commitment therapy (ACT) to the chronically mentally ill. En Ruth A. Baer (Ed.), *Mindfulness-Based Treatment Approaches: Clinician's Guide to Evidence Base and Applications* (pp. 93-116). New York: Elsevier.
- Bell, V., Halligan, P. W. y Ellis, H.D. (2007) The Psychosis Continuum and the Cardiff Anomalous Perceptions Scale (CAPS): Are There Multiple Factors Underlying Anomalous Experience? *European Psychiatry*, 22, Suppl 1, S47.
- Bentall, R.P., Kinderman, P. y Kaney, S. (1994). The self, attributional processes and abnormal beliefs: towards a model of persecutory delusions. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 331-241.
- Bentall, R. P. y Swarbrick, R. (2003). The best laid schemas of paranoid patients: Autonomy, sociotropy and need for closure. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76, 163-172.
- Boyd, T. y Gumley, A. (2007). An experiential perspective on persecutory paranoia: A grounded theory construction. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, 80, 1-22.
- Bradbury, D. A., Stirling, J., Cavill, J. y Parker, A. (2009). Psychosis-like experiences in the general population: An exploratory factor analysis. *Personality and Individual Differences*, 46, 729-734.
- Bruno N., Sachs, N., Demily, C., Franck, N. y Pacherie, E. (2011). Delusions and metacognition in patients with schizophrenia. *Cognitive Neuropsychiatry*, 17, 1-18.
- Cutting, J. y Murphy, D. (1990). Impaired ability of schizophrenics, relative to manics or depressives, to appreciate social knowledge about their culture. *British Journal of Psychiatry*, 157, 355-358.
- De Bonis, M., Epelbaum, C., Deffez, V. y Feline, A. (1997). The comprehension of metaphors in schizophrenia. *Psychopathology*, 30, 149-154.
- Dudley, R. E., John, C. H., Young, A. W. y Over, D. E. (1997). The effect of self-referent material on the reasoning of people with delusion. *British Journal of Clinical Psychology*, 364, 575-584.
- Freud, S. (1924). Neurosis y psicosis. En J. Strachey (Org.), *Obras Completas*,

- (Vol. , pp. 151- 160). Buenos Aires: Amorrortu.
- García-Montes, J. M., Luciano, M. C., Hernández-López, M. y Zaldivar, F. (2004). Aplicación de la Terapia de Aceptación y Compromiso (ACT) a sintomatología delirante. *Un estudio de caso. Psicothema*, 16, 1, 117-124.
- Hayes, S. C., Wilson, K. W., Gifford, E. V., Follette, V. M. y Strosahl, K. (1996). Experiential avoidance and behavioral disorders: A functional dimensional approach to diagnosis and treatment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 1152-1168.
- Huq, S. F., Garety, P. A. y Hemsley, D. R. (1988). Probabilistic judgements in deluded and non-deluded subjects. *Quarterly Journal of Experimental Psychology*, 40A, 801-812.
- Jakes, S., Rhodes, J. e Issa, S. (2004). Are the themes of delusional beliefs related to the themes of life-problems and goals? *Journal of Mental Health*, 13, 611-619.
- Jasper, K. (1963 / 1996). *Psicopatología General*. México: FCE.
- Kinderman, P. y Bentall, R. P. (1996). Self-discrepancies and persecutory delusions: Evidence for a model of paranoid ideation. *Journal of Abnormal Psychology*, 105, 106-113.
- Kinderman, R. y Bentall, R. P. (2000). Self-discrepancies and causal attributions: Studies of hypothesized relationships. *British Journal of Clinical Psychology*, 39, 255-273.
- Kinderman, P., Prince, S., Waller, G. y Peters, E. (2003). Self-discrepancies, attentional bias and persecutory delusions. *British Journal of Clinical Psychology*, 42, 1-12.
- Lakoff, G. y Johnson, M. (1980 /1995). *Metáforas de la vida cotidiana*. Madrid: Cátedra.
- Luciano, M.C. y Hayes, S.C. (2001). Trastorno de evitación experiencial. *Revista Internacional de Psicología Clínica y de la Salud*, 1, 109-157.
- Maher, B. A. (1974). Delusional thinking and perceptual disorder. *Journal of Individual Psychology*, 30, 98-113.
- Maher, B. A. (1988). Anomalous experience and delusional thinking: The logic of explanations. En T. F. Oltmanns & B. A. Maher (Eds.), *Delusional beliefs* (pp.15-33). New York: Wiley.
- Maher, B. (1999). Anomalous experience in everyday life: Its significance for psychopathology . *Monist*, 82, 547-570.
- McKay, R., Langdon, R. y Coltheart, M. (2007). The defensive function of persecutory delusions: An investigation using the Implicit Association Test. *Cognitive Neuropsychiatry*, 12, 1-24.
- Myin-Germeys, I., Nicolson, N. A. y Delespaul, P. A. (2001). The context of delusional experiences in the daily life of patients with schizophrenia. *Psychological Medicine*, 31, 489-498.
- Pérez Álvarez, M. y García Montes, J. M. (2004). Personality as a work of art. *New Ideas in Psychology*, 22, 157-173.
- Pérez-Álvarez, M. y García-Montes, J. M. (2006). Person, behaviour and contin-

- gencies (an aesthetic view of behaviourism). *International Journal of Psychology*, 41, 449-461.
- Rhodes, J.E. y Jakes, S. (2000). Correspondence between delusions and personal goals: A qualitative analysis. *British Journal of Medical Psychology*, 73, 211-225.
- Rhodes, J.E. y Jakes, S. (2004). The contribution of metaphor and metonymy to delusions. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice* 77, 1-17.
- Roberts, G. (1991). Delusional belief systems and meaning in life: a preferred reality? *British Journal of Psychiatry*, 159, 19-28.
- Shevlin, M, Murphy, J., Dorahy, M.J. y Adamson, G. (2007). The distribution of positive psychosis-like symptoms in the population: A latent class analysis of the National Comorbidity Survey. *Schizophrenia Research*, 89, 101-109.
- Skinner, B. F. (1957 / 1981). *Conducta verbal*. México: Trillas.
- Wolpe, J. (1970). The discontinuity of neurosis and schizophrenia. *Behaviour Research and Therapy*, 8, 179-187.
- Zigler, E. y Glick, M. (1988). Is paranoid schizophrenia really camouflaged depression? *American Psychologist*, 43, 284-290.

ACTITUDES Y CREENCIAS DE ALUMNOS DE ENFERMERÍA HACIA LAS PERSONAS CON ALTERACIONES EN LA SALUD MENTAL

Genoveva Granados, María Mar López Rodríguez y Verónica Márquez
Universidad de Almería

La percepción negativa hacia las personas que presentan alteraciones mentales (AM) lleva a actitudes y comportamientos de estigmatización y discriminación de estas personas. (Sánchez, 2001; Boyd et al., 2010) Las investigaciones consultadas informan que estas actitudes negativas también se observan en los profesionales de la Salud mental como médicos, psiquiatras, psicólogos o enfermeros (Brinn, 2000; Albuixech, 2004; Wallach, 2004; Hapel, 2007 Álvarez y Almeida, 2008; López, 2008).

En cuanto a la formación académica de los profesionales, existen datos contradictorios, mientras que autores como Holmes (1999) en su estudio, no encontró diferencias significativas en las actitudes entre los estudiantes que habían asistido a un curso intensivo de psicopatología y los asistentes a un curso introductorio de psicología, en otros estudios, se concluye que el aprendizaje de material relevante a la Salud/Enfermedad Mental mejoraba las actitudes de los alumnos hacia la población que presentan problemas en este área (Drolen, 1993; Esters, 1998; Watson, 2004). Más aún, los resultados del estudio realizado por Vezzoli y colaboradores (Vezzoli, 2001) muestra una relación positiva entre el conocimiento sobre los pacientes con ASM y las actitudes más positivas hacia ellos (es decir, menos temor y más integración).

Otros estudios han encontrado que las actitudes basadas en la experiencia directa son más influyentes a la hora de predecir la conducta futura que las actitudes basadas en material de aprendizaje (Angiullo, 1996) (Atkinson, 2000) (Romen, 2008) (Omoto y Snyder, 1995); ratificado en otro estudio, que trata del cambio de comportamiento de los pacientes (Granados, Roales, 2005).

A la luz de lo expuesto previamente, es necesario conocer las creencias y actitudes hacia las personas con problemas de Salud Mental de los estudiantes de enfermería, antes de iniciar la asignatura “enfermería de Salud Mental” cuyo objetivo es ayudar en el desarrollo de competencias que faciliten el cuidado profesional a estos pacientes.

Metodología

Se trata de un estudio descriptivo transversal, en el que han participado 194 alumnos matriculados en la Diplomatura de Enfermería en la Universidad de Almería. Los datos se obtuvieron mediante tres cuestionarios autoplacados (cuestionario de actitudes AQ-27, cuestionario de Creencias sobre Salud Mental y,

cuestionario de variables sociodemográficas).

Conclusiones

Las creencias y actitudes hacia la SM de los alumnos que formaron el grupo de estudio presentaron gran homogeneidad en los diferentes cursos. Encontramos, en cambio, relación entre las experiencias vividas por el alumno y dichas creencias y actitudes en relación con la SM, por lo que a pesar de la existencia de mitos entre los profesionales de la salud hacia las personas con Alteraciones Mentales, el proceso experiencial de estos profesionales con dichas personas, facilita una mejor disposición y actitud hacia el cuidado de estos pacientes. Sin embargo, una instrucción teórica no es suficiente para la modificación de creencias de estos profesionales. Por lo tanto, concluimos que la formación teórica en MS resulta insuficiente para la modificación de las creencias y actitudes de los alumnos, sino que esto último debe ir complementado con un proceso experiencial que permita cambios en dichas actitudes a largo plazo. Los resultados obtenidos orientan sobre la metodología docente a utilizar en la formación de los futuros alumnos de Grado en la Titulación de Enfermería, en concreto para el aprendizaje de la materia de Enfermería de Salud Mental.

Referencias

- Albuixech, R. (2004). El estigma del enfermo mental en el cuidador: La formación como alternativa. *Nurse Investigation*, 10, 1-9.
- Álvarez, L. y Almeida, O. (2008). Actitudes hacia el trastorno mental y la búsqueda de ayuda psicológica profesional en un grupo de adultos intermedios de la ciudad de Bucaramanga. *Revista Facultad de Medicina de la Universidad Nacional de Colombia*, 56, 91-100.
- Angiullo, L, W. S. (1996). The effects of instruction and experience on college students' attitudes toward the elderly. *Educational Gerontology*, 22, 483-495.
- Atkinson, R.L, A. R.H. (2000). *Hilgard's Introduction to Psychology*. Orlando, FL: Harcourt Brace & Co.
- Boyd, J. E., Katz, E. P., Link, B. G. y Phelan, J. C. (2010). The relationship of multiple aspects of stigma and personal contact with someone hospitalized for mental illness, in a nationally representative sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45,1063-1070.
- Brinn, F. (2000). Patients with mental illness: general nurses' attitudes and expectations. *Nursing Standard*, 14, 32-36.
- Drolen, C. S. (1993). The effect of educational setting on student opinions of mental illness. *Community Mental Health Journal*, 29, 223-234.
- Esters, I.G. (1998). Effects of a unit of instruction in mental health on rural adolescents' conceptions of mental illness and attitudes about seeking help. *Adolescence*, 33, 469-476.
- Granados, G. y Roales Nieto, J. (2005). Formación de creencias sobre falsos síntomas en pacientes con hipertensión. *International Journal of Psychology and Psychological Therapy*, 5, 165-206.

- Hapel B, C. K. (2007). Undergraduate nursing students' attitudes towards mental health nursing: Determining the influencing factors. *Contemporary Nurse*, 25, 72-81.
- Holmes, E. P., Corrigan, P. W., Williams, P., Canar, J. y Kubiak, M. (1999;). Changing attitudes about schizophrenia. *Schizophrenia Bulletin*, 25, 447-456.
- HS., W. (2004). Changes in Attitudes Towards Mental Illness Following Exposure. *Community Mental Health Journal* ,40, 235.
- 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 Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 28, 43-83.
- Omoto, A. M. y Snyder, M. (1995). Sustained helping without obligation: Motivation, longevity of service, and perceived attitude change among AIDS volunteers. *Journal of Personality and Social Psychology*, 68, 671-686.
- Romen, P., Anson, O., Kanat-Maymon, Y. y Moisa, R. (2008). Reshaping students' attitudes toward individuals with mental illness through a clinical nursing clerkship. *Journal of Nursing Education* , 47(9), 396-402.
- Sánchez, E., Guillén, F., Pineda, C., Moreno, N., Medina, I., Barón, F. J. y Lavajos, M. (2001). Cambio de las Actitudes hacia la Enfermedad Mental y Somática en Estudiantes de Fisioterapia tras seguir un Programa de psicósomática C. *Medicina Psicosomática y psiquiatría de enlace*, 58, 54-60.
- Vezzoli, R., Archiati, L., Buizza, C., Pasqualetti, P., Rossi, G. y Pioli, R. (2001). Attitude towards psychiatric patients: a pilot study in a northern Italian town. *European Psychiatry*, 16, 451-458.
- Wallach, H. (2004). Changes in attitudes towards mental illness following exposure. *Community Mental Health Journal*, 40, 325-337.
- Watson, A. C., Otey, E., Westbrook, A. L., Gardner, A. L., Lamb, T. A., Corrigan, P. W. y Fenton, W.S. (2004). Changing middle schoolers' attitudes about mental illness through education. *Schizophrenia Bulletin*, 30(3), 563-572.

INMIGRANTE Y ENFERMO MENTAL. UN DOBLE ESTIGMA.

Pedro Luís Ibáñez Allera.

***DAIG Salud Mental. Agencia Pública Sanitaria "Hospital de Poniente",
Almería***

Esta ponencia se propone acercarnos a la problemática social que se da en aquellas personas que teniendo la condición de ser inmigrantes, dentro de las dificultades propias de sus proyectos migratorios además deben enfrentarse a una enfermedad mental, y que esto va a provocar a que sean mirados con un doble estigma desde la sociedad española, inmigrantes y enfermos mentales. Se aportan brevemente algunos datos estadísticos que tratan de destacar la magnitud de la presencia de la enfermedad mental en inmigrantes en el poniente almeriense, donde se puede apreciar que el Hospital de Poniente atiende actualmente a una población de unos 250.000 habitantes, de los cuales más de 70.000 son inmigrantes que proceden de una multiplicidad de países diferentes. En los últimos diez años el equipo de salud mental de este hospital ha tenido que ingresar en su unidad de hospitalización a más de 270 personas inmigrantes procedentes de quince nacionalidades diferentes, ya que presentaban crisis mentales de tal intensidad que no habían sido podido ser contenidas en la comunidad. Después se abordan algunos conceptos teóricos claves que tienen que ver con la problemática del estigma y como unos van deviniendo en los otros, acercándose a términos como estereotipia, prejuicio, estigma, discriminación y exclusión social, identidad social y representación social. Se da cuenta de los derechos que tienen en el siglo XXI los ciudadanos en las sociedades avanzadas y como el Estado y la sociedad en general, mediante este proceso de estigmatización, impide acceder a ellos tanto a los inmigrantes como a los enfermos mentales. El estigma y la exclusión social se abordan desde una mirada antropológica, introduciendo el concepto de "violencia simbólica" desde Pierre Bourdieu, y destacándose la importancia que tiene el autoestigma como elemento sostenedor de la exclusión social. Se pone de manifiesto como frente al mecanismo social del estigma también existe la posibilidad de poner en marcha otros mecanismos de oposición a este, y que estos deben ser activados no solo desde afuera, es decir desde el Estado y la sociedad, que deben articular estrategias que desmonten la violencia estructural que recae sobre estas personas, sino también, y que esto es esencial, ponerlas en marcha desde adentro, desde los propios inmigrantes y las asociaciones culturales, desde las asociaciones de enfermos mentales y sus familias, destacándose el esfuerzo por el empoderamiento que todos ellos están haciendo actualmente por defender sus derechos, y que sin el cual el estigma se seguirá sosteniéndose sin cambios dentro de nuestra sociedad. El abordaje de este complejo proceso de estigmatización obliga a un afrontamiento también complejo del mismo, donde a la vez deben ser consideradas tanto la violencia estructural como la violencia simbólica, y que

este doble abordaje es la única vía para la superación de la situación estigmatizante que sufren hoy día tanto los inmigrantes como los enfermos mentales, más aún si se es señalado por ambas condiciones al mismo tiempo.

ACTITUDES DE LOS/AS PROFESIONALES SANITARIOS/AS DE ALMERÍA HACIA LA ENFERMEDAD MENTAL

M^a Dolores Sanz Fernández, Rosario Ruiz Domínguez y Rosa Agüero Gil
Unidad de Gestión Clínica de Salud Mental de Almería. Complejo Hospitalario Torrecárdenas, Almería.

Justificación del estudio

Un aspecto clave para hacer frente al estigma y sus consecuencias es el de su correcta identificación y medida. Para ello, se ha realizado un estudio acerca de las actitudes hacia la enfermedad mental en los profesionales sanitarios en Almería.

Hipótesis:

Los profesionales de SM tienen una actitud más favorable que los profesionales de AP hacia la enfermedad mental.

Objetivo:

Evaluar las posibles diferencias en actitudes hacia la EM en ambos grupos.

Diseño:

“Estudio observacional descriptivo transversal”.

Instrumentos

- Una hoja de registro que recoge variables sociodemográficas.
- El cuestionario de Opinión sobre Enfermedad Mental (OMI) de Struening y Cohen, adaptado en España por Yllá y Guimón (1979).

Variables

- Edad, Sexo, Categoría profesional, Lugar de trabajo (AP, SM), Años de experiencia profesional.
- 5 Dimensiones Actitudinales, (favorables y desfavorables):
- Higiene Mental:
 - Negativismo Terapéutico
 - Reinserción Social
 - Restrictividad Social
 - Estigmatización

Resultados

1. Factor Higiene Mental, la diferencia de medias entre AP y SM ($P < 0.001$)
2. Factor Reinserción Social ($P = 0.009$).
3. Factor Restrictividad ($P = 0.002$).

4. Factor Estigmatización ($P = 0.009$)

5. Factor Negativismo Terapéutico ($P > 0.05$)

Conclusiones

- Las puntuaciones indican actitudes estigmatizantes hacia la enfermedad mental en ambos grupos.
- En general, la actitud de AP es más favorable que en SM.

COMBATIR EL ESTIGMA DESDE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD MENTAL: TALLER DE USO ADECUADO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS

Macarena Marín, Andrés Fontalba, Virginia Gil, Magdalena Bonillo, Jose Rodriguez Hurtado y Francisca Rojas.

UGC Salud Mental. Área Gestión Sanitaria Norte de Almería

La promoción de la salud mental produce beneficios importantes en la salud de los individuos y, en general, en toda la sociedad, favoreciendo el bienestar y la calidad de vida de la población. Impulsar actividades de promoción de salud mental implica la creación de las condiciones individuales, sociales y ambientales que permitan un óptimo desarrollo psicológico y psicofisiológico.

Según la Organización Mundial de la Salud, la salud mental es un estado de bienestar en el cual el individuo se da cuenta de sus propias aptitudes, puede afrontar las presiones normales de la vida, puede trabajar productiva y fructíferamente y es capaz de hacer una contribución a la comunidad.

Se precisa de un cambio de perspectiva en los sistemas de atención a la salud mental, alejándose de una experiencia asistencial centrada casi en exclusiva en la provisión de servicios y acercándose a una atención que tome más en consideración la promoción de la salud mental. Por todo ello, la estrategia de promoción de la salud mental ha sido siempre una prioridad en nuestra área, estableciéndose objetivos y actividades de marcado carácter intersectorial, orientadas a favorecer el mayor grado de bienestar y calidad de vida de la población

Descripción del problema de Salud Mental. Uso inadecuado de nuevas tecnologías:

En la sociedad actual, nuestra forma de vida ha cambiado, en gran medida, debido a la influencia de las nuevas tecnologías.

En los países desarrollados la televisión ha sido, en los últimos años, el medio más influyente. Sin embargo, actualmente se han ido introduciendo a gran velocidad en nuestras vidas otras tecnologías. De este modo, hoy por hoy convivimos con grandes dosis no solo de televisión sino también de Internet, telefonía móvil y videojuegos, principalmente.

Las nuevas tecnologías, como Internet o el teléfono móvil, nos ofrecen gran cantidad de beneficios como:

- Poner al alcance, como nunca antes, el conocimiento científico.
- Permite manejar y disponer todo tipo de información.
- Facilita nuevos cauces de relación y comunicación.
- Ofrece una gran cantidad de material para la diversión y el entretenimiento

- Facilita la comunicación entre personas que están separadas físicamente.
- Permite comunicarnos con otras personas desde cualquier lugar.
- A través del teléfono móvil podemos actuar con rapidez en caso de emergencia.
- Algunas compañías permiten instalar un chip en el terminal para poder saber su ubicación en cualquier momento.
- Permite mayor independencia y autonomía a las personas discapacitadas, ancianos.
- El acceso a Internet de la mayor parte de los teléfonos actuales nos permite obtener una gran cantidad de información en cualquier momento y lugar.
- Instrumentalización: se puede utilizar como agenda, alarma, calculadora...
- Permite el acceso a multitud de servicios de entretenimiento: juegos, música.

Sin embargo, un mal uso de estas nuevas tecnologías no está exento de riesgos como:

- Riesgo de aislamiento.
- Pérdida de la noción del tiempo.
- Materiales no adecuados y/o perjudiciales.
- Información que, en algunas ocasiones, puede llegar a estar incompleta, ser inexacta y/o falsa.
- Falsas identidades
- Tendencia al consumismo
- Poca seguridad: facilidad en el robo de contraseñas y datos personales, suplantación de la identidad
- Consumismo
- El uso excesivo puede llevarnos a la incomunicación.
- Determinados servicios y aplicaciones tienen aun un coste muy elevado.
- Recepción de mensajes publicitarios no deseados.
- La persona que no es capaz de desprenderse del aparato, puede llegar a usarlo incluso en situaciones inadecuadas
- Llegar a mentir o robar para conseguir dinero para recargar el móvil

El desarrollo de la adicción a nuevas tecnologías sigue el patrón clásico de cualquier conducta adictiva, similar a la que se produce con las sustancias de abuso o comportamientos compulsivos: La conducta es agradable y placentera para la persona

1. Comienzas a pensar más en esa conducta cuando no la estás haciendo
2. La conducta tiende a hacerse cada vez más frecuente
3. La persona tiende a quitar importancia al interés suscitado en él por la conducta (negación)
4. Se experimenta un deseo intenso de llevar a cabo la conducta
5. La conducta se mantiene a pesar de las consecuencias negativas crecientes
6. A medida que los efectos adversos de la conducta aumentan, la

- persona comienza a tomar conciencia de la realidad y realiza intentos (generalmente fallidos) de controlar la conducta por sí mismo
7. Lo que mantiene ahora la conducta no es ya el efecto placentero, sino el alivio del malestar
 8. La persona muestra una capacidad de aguante cada vez menor ante las emociones negativas y las frustraciones cotidianas, el comportamiento adictivo se convierte en la única vía de hacer frente al estrés
 9. La conducta adictiva se agrava. Una crisis (malas notas, bronca familiar, etc.) lleva a la persona o familia a solicitar ayuda externa

Situación actual-diagnóstico situacional.

El abordaje de un mal uso de las nuevas tecnologías debe partir desde niveles previos de intervención como son la prevención y la promoción de la salud. La población juvenil es un grupo muy susceptible para trabajar en fases precoces de los trastornos, en su detección y en su prevención. Los menores además están en situación vulnerable de hacer un mal uso de las tecnologías si no disponen de formación o supervisión adecuada en el uso de las mismas. Disponemos en nuestro entorno de estudios epidemiológicos sobre el problema descrito, como los desarrollados en la Comunidad de Madrid por la organización "Protégelos". Gracias al estudio realizado acerca de "La Seguridad Infantil y las Costumbres de los Menores en Internet", podemos concluir que:

1. Los menores utilizan Internet de forma regular y constante.
2. El tiempo de conexión es moderado. Así, el 65% de los menores se conectan menos de 5 horas a la semana.
3. El 66% de los menores usan Internet como herramienta de ocio, dejando en un segundo plano su amplia oferta informativa.
4. El 11% de los menores que se conectan, están desarrollando características propias del Desorden de Adicción a Internet.
5. El 50,5% de los menores sólo encuentran la información que desea a veces o en pocas ocasiones, lo cual pone de manifiesto la falta de conocimientos para desenvolverse satisfactoriamente por la red.

En el estudio sobre "Seguridad Infantil y Costumbres de los Menores en el empleo de la Telefonía Móvil", se observó que:

1. El 24% de los menores realizan llamadas y el 50% mandan mensajes de texto (SMS) a diario.
2. El 30% de los menores que utilizan el móvil, ya han adquirido juegos para el mismo.
3. El 72% de los menores afirman haber recibido algún SMS invitándole a participar en sorteos o juegos de azar.
4. Un 28% se ha sentido agobiado y un 10% afirma haberlo pasado "fatal" cuando se ha visto obligado a estar sin su móvil.
5. Un 11% afirma haber llegado a mentir a sus padres, incluso robarles dinero en alguna ocasión para recargar el saldo.

En el estudio sobre “Videojuegos, Menores y Responsabilidad de los Padres”, se observó que:

1. Durante los días lectivos, el 9% de los menores se dedican a jugar entre 1 y 2 horas. En el fin de semana, el 23% juega más de 2 horas.
2. El 57% utiliza juegos pirateados.
3. El 27% discute con sus padres por la cantidad de tiempo que pasa jugando.
4. El 14% de los encuestados afirman sentirse “enganchados” a algún videojuego.
5. El 11% reconoce que los videojuegos pueden hacerles más violentos.
6. El 57% de los menores reconocen jugar a juegos en los que se daña, se tortura o se mata a personas.

Intervención propuesta

- NOMBRE DE LA ACTIVIDAD: Taller “USO ADECUADO DE LAS NUEVAS TECNOLOGÍAS”
- DESTINATARIOS: Alumnos de 3º de la E.S.O. de los Institutos de Enseñanza Secundaria del Área Norte de Almería.
- Nº DE SESIONES: 1 sesión por I.E.S.
- DURACIÓN DE LA SESIÓN: 2 horas.
- Nº DE PARTICIPANTES: 1 Grupo de 30 participantes (máximo).
- LUGAR DE REALIZACIÓN: Aulas de los Institutos de Educación Secundaria.
- DOCENTES: Profesionales de la Unidad de gestión Clínica de Salud Mental del Área de Gestión Sanitaria Norte de Almería
- CONTENIDOS Y CRONOGRAMA

	t	Contenido	Metodología	Rec. Materiales	Rec. Humanos
1ª	10'	-Presentación de los docentes por el Tutor. -Presentación de la sesión.	-Exposición unidireccional. -Entrega de documentación	-Carpetas individuales -Bolígrafos. -Fotocopias	-Tutor -UGC
2ª	30'	-Exposición de : 1.Conceptos: “Nuevas Tecnologías” y “Adicción” (tipos y breve descripción). 2-Diferencias entre comportamiento adictivo y comportamiento normalizado.	-Expositiva y Participativa: 1º: Se parte de las ideas previas sobre TICs y Adicción., que se recogen en un panel. 2º: Se presenta el concepto de adicción y tipos en una pantalla (Powerpoint). 2º: En una caja se ponen en papel descripciones de comportamientos adictivos y comportamientos sanos de diversa tipología. en acorde a	-Pizarra o papelógrafo. -Ordenador, proyector y pantalla. -Caja de cartón -Fotocopias	-UGC

		3-Adicción a las nuevas tecnologías.	<p>la definición (nº = a alumnos y distribuidos al 50%). Cada alumno saca uno y lo lee y entre todos se decide si corresponde a un tipo o a otro, y se coloca en su apartado</p> <p>3º: Preguntas y respuestas en pantalla: ¿Es posible tener un comportamiento adictivo en el uso de las TICs?. ¿Cómo sabemos si hacemos un uso adictivo de las TICs? Se responde de forma expositiva con la descripción del comportamiento adictivo en el uso de las TICs.</p>		
3ª	20'	-Diferencias entre un uso adictivo y un uso saludable de las TICs.	<p>Se distribuyen en 4 grupos en donde reflexionan y preparan una exposición del tema que le toca:</p> <p>-Grupo 1: Comportamiento adictivo en el uso del ordenador.</p> <p>-Grupo 2: Comportamiento saludable en el uso del ordenador.</p> <p>-Grupo 3: Comportamiento adictivo en el uso del móvil.</p> <p>-Grupo 4: Comportamiento saludable en el uso del móvil.</p> <p>La exposición puede hacer o bien mediante una escenificación o bien mediante un collage sobre papel continuo.</p>	<p>-Revistas, periódicos viejos.</p> <p>-Rollo de papel continuo.</p> <p>-Tijeras.</p> <p>-Rotuladores.</p> <p>-Pegamento.</p> <p>-Trozos de cartón.</p>	-UGC
4ª	10'	Descanso			
5ª	40'	-Diferencias en los comportamientos Sí adictivos y No adictivos en el uso del ordenador y del móvil.	<p>-Exposición de los trabajos de cada Grupo.</p> <p>10 minutos por grupos.</p> <p>-Comentario/resumen por parte del Docente del porqué de dicho comportamiento en relación a la definición inicial.</p>	<p>-Disponer de espacio para la exposición</p> <p>-Ordenador y proyector con la definición</p>	-Alumnos/as -UGC
6ª	15'	Exposición de conclusiones	<p>Expositiva.</p> <p>Se aceptan comentarios finales por parte de los alumnos/as</p>	Ordenador y proyector con las conclusiones.	UGC

Detección Precoz

En el trabajo con los alumnos se elabora la necesidad de la detección precoz de señales de alarma, subsidiarias de una valoración por personal especializado para una eventual intervención a tiempo.

Las señales de alarma en el uso inadecuado de Internet son:

- Descuido de tareas
- Pérdida de la noción del tiempo, atención focalizada
- Descenso rendimiento académico
- Descenso tiempo de sueño (para conectarse)
- Reacciones de irritación si se le interrumpe o limita horario para su uso
- Ansiedad e impaciencia por la lentitud de las conexiones o por no encontrar lo que se busca o a quien se busca
- Sentimientos de euforia y activación anómala cuando se está delante del ordenador.
- Abandono de hobbies, aficiones y actividades de tiempo libre para pasar más horas al ordenador
- Encuentros con amigos cada vez menos frecuentes (incluso se abandonan las amistades reales para conectarse con las amistades virtuales).

Con respecto al uso del teléfono móvil:

- Factura elevada (más de 30 €).
- Uso del móvil cuando está con amigos.
- No separarse nunca del móvil.
- Habla mucho con el móvil y no tiene conversaciones cara a cara.
- Se pasa de una sensación de malestar a otra de bienestar en función de tener o no el móvil cerca.
- Modificación de hábitos de sueño.
- Disminución de la cantidad y calidad de la comunicación con hermanos y padres.
- Deja de hacer cosas por estar con el móvil.
- Se le sorprende en clase mandando SMS o lo primero que hace al salir al recreo es encender el aparato
- Mentiras, engaños e incluso robo de dinero para recargar el móvil

Resultados y líneas de futuro

La actividad ha sido desarrollada en 26 ocasiones, en un total de 22 institutos (todos los del área norte de Almería), estimándose la intervención en un global de 1200 alumnos. La aceptación por centros, profesionales y alumnos ha sido elevada, siendo solicitada su continuación en los programas de Promoción de la Salud.

Disponemos de datos preliminares de los últimos centros en los que se ha desarrollado la actividad, en los que comenzamos a medir previamente el uso

inadecuado del chat, internet, teléfono móvil y correo electrónico, y se están factorizando los resultados por grupos de edad y sexo.

Queda abierta una interesante línea de investigación que evalúe el impacto de la actividad en población general y que mida el uso adecuado de las tecnologías de la información y la comunicación que queremos fomentar.

Referencias

- III Plan Andaluz de Salud 2003 – 2008: “Andalucía en salud: construyendo nuestro futuro juntos”. Servicio Andaluz de Salud.
- II Plan de Calidad del Sistema Sanitario Público Andaluz 2005 – 2008: “Caminando hacia la excelencia”. Servicio Andaluz de Salud.
- II Plan Integral de Salud Mental (PISMA) 2008 – 20012. Servicio Andaluz de Salud
- La Seguridad Infantil y las Costumbres de los Menores en Internet. Organización de protección de la infancia PROTEGELES. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid 2002.
- Seguridad Infantil y Costumbres de los Menores en el empleo de la Telefonía Móvil. Organización de protección de la infancia PROTEGELES. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid 2005.
- Videojuegos, Menores y Responsabilidad de los Padres. Organización de protección de la infancia PROTEGELES. Defensor del menor en la Comunidad de Madrid 2005.
- Estudio de Uso Problemático de las tecnologías de la información, la comunicación y el juego entre los adolescentes y jóvenes de la ciudad de Madrid. Instituto de Adicciones Madrid Salud. Madrid 2008.

UNO + PLATAFORMA DE LA FUNDACIÓN MANANTIAL CONTRA EL ESTIGMA.

¿TE SUMAS?

Alicia Molina Solana
Fundación Manantial

UNO + es una Plataforma que pretende abordar y combatir la imagen negativa que pesa sobre las personas que padecen un trastorno mental, así como el pesimismo imperante acerca de la posible recuperación personal significativa o total de estas personas.

Señas de identidad:

- Todos somos responsables de la situación actual. Todos somos uno más en cuanto a la necesidad de sumar personas, esfuerzos y recursos.
- Consideramos a cada persona única y a su identidad. Antes que enfermos son personas con una trayectoria vital.
- Se reconoce que el trabajo integral cercano, sostenido y comunitario es la mejor arma contra el estigma.
- Se otorga un papel protagonista a la persona que padece este problema.

Funciones y tareas

- Promover y facilitar actuaciones contra el estigma.
- Divulgar buscando el mayor impacto posible.
- Implicar a las personas que padecen algún tipo de trastorno en el desarrollo de acciones.

Del estigma internalizado a la recuperación: experiencias de las personas que padecen un trastorno mental

- Participación activa de los usuarios de nuestros recursos en el **blog de la Plataforma y en el grupo de trabajo que lo sustenta.**
- Sensibilización a través de la tarea:
 - La compañía de artes escénicas **GEOMETRANCE**
 - **Manantial Sport:** El equipo de Fútbol 7
 - **Campañas de sensibilización en centros educativos**

EL GRUPO DE GUIÑOL “CE-DE” LLEGA A LAS AULAS

Gema Miralles, Juan Carlos Peña, Rafael Molina, José Antonio Muñoz, Gedeón Pastor y Enma Pascual
Centro de día Dr. Esquerzo, Alicante

Justificación

Desde 2007 en el Centro de Día del CSA Dr. Esquerzo 3 profesionales y 8 usuarios desarrollamos un Taller de Guiñol con los objetivos de a) Escenificar situaciones, conflictivas mediante el teatro y el juego, explorando libremente los sentimientos, emociones, e ideas que puedan surgir fuera de los compromisos de la realidad y b) Crear una red de posibles auditorios para la puesta en escena.

De este Taller, abierto, donde trabajamos de Octubre a Junio consensuando la elección del cuento, la elaboración de muñecos, atrezzo, escenario, música o la propia representación, ha surgido el Grupo de Guiñol Ce-De, que, con la intención de mejorar la imagen social de las personas con TMG y acercar la salud mental a las escuelas, representa anualmente un cuento en numerosos centros escolares de Alicante.

Procedimiento

El taller se llevará a cabo por un profesional y 3 usuarios, con metodología interactiva.

Objetivos

Informar y compartir nuestra experiencia

Contenido

1. Presentación
 - Creación del grupo
 - Metodología de trabajo
 - Elaboración de materiales
 - Resultados: de representaciones
 - Experiencia de los integrantes del grupo
2. Mostrar nuestra trayectoria:
 - Materiales audiovisuales
 - Muñecos, atrezzo...
 - Secuencias de representación “El sastrecillo Listo” (2012)
3. Coloquio: preguntas y respuestas para facilitar la puesta en marcha de experiencias similares.

PARTICIPACIÓN SOCIAL CONTRA EL ESTIGMA

Julio Castellano Ramírez y Elías Moreno Escobar
*Hospital de día de Salud Mental. Complejo Hospitalario
Torrecárdenas, Almería.*

El Programa Ocupacional en la Comunidad es una potente herramienta de tratamiento psicosocial que utiliza y se beneficia del contexto extra hospitalario que ofrece el entorno donde la persona tiene y hace su vida, que lucha contra el estigma social haciendo que la presencia en la comunidad sea notoria, participando en ella, haciendo uso de sus recursos y normalizando toda actividad que realiza.

Objetivos

- Facilitar la socialización y participación en actividades sociales.
- Favorecer una actitud positiva y un rol activo en las actividades en la comunidad.
- Conocer el entorno en el cual la persona hace y tiene su vida, a la vez que participa y se ubica en él.
- Potenciar las habilidades sociales necesarias para un desempeño social satisfactorio.
- Conocimiento y uso de recursos públicos y privados disponibles.

Se lleva a cabo mediante diferentes talleres que se desarrollan todos los miércoles en los recursos sociales y comunitarios que ofrece Almería, centrandolo el programa la actividad de hospital de día.

- El trabajo en la comunidad fomenta que se establezcan vínculos entre los usuarios que sirven como adherencia al tratamiento.
- El contexto extra hospitalario favorece que los usuarios se muestren como son, ayudándonos a entenderlos y conocerlos mejor.
- El cambio hacia una vida social más activa, posibilita a su vez una mejor autoestima y autoconcepto, al mismo tiempo que ayuda los usuarios a ubicarse en la comunidad y participar de ella, haciendo frente al estigma social con una mayor presencia en la sociedad.

LA ENFERMEDAD MENTAL ES COSA DE “TODOS Y TODAS”: UNA CAMPAÑA PARTICIPATIVA

PONENCIA 1 “Una campaña de sensibilización en marcha”

Villaescusa, O., van der Hofstadt, M.D., Carpio, E., Llorca, A.C., Filgueira, M.D., Moñino, C. y Pascual, E.

Centro de día Dr. Esquerzo, Alicante

La Campaña surge en 2002, participando profesionales involucrados en la integración social de las personas con enfermedad mental del Centro Dr. Esquerzo de Diputación y de los dispositivos de Sanidad, usuarios/as de Salud mental y Asociaciones. Presentación de la Campaña: resultados y conclusiones de 10 años de trabajo.

PONENCIA 2 “La voz de la experiencia: Nuestra participación en la campaña”

Gisbert, L.M., Muñoz, J.A., Ortega, A., Pastor, G., van der Hofstadt, M.D., Pascual, E., Moñino, C. y Carpio, E.

Centro de día Dr. Esquerzo, Alicante

Usuarios/as relatan en primera persona, cómo su colaboración en charlas coloquio y puntos de información contribuye a luchar contra el estigma y a su desarrollo personal. Cuentan qué aspectos les han resultado útiles, ventajas de pertenecer al equipo, cómo se sienten participando, dificultades encontradas y cómo aprenden y enseñan a convivir con la enfermedad.

PONENCIA 3 “Mirando hacia atrás y caminando hacia delante: El Estigma en primera persona”

Vicente, M.T. y Villaescusa, O.

Centro de día Dr. Esquerzo, Alicante

- El comienzo de mi enfermedad y evolución.
- Mi familia reacciona: no entienden mi enfermedad.
- El estigma toma cuerpo: autoestigma y rechazo de los demás.
- Despertar a la salud: el camino hacia la recuperación.
- Participar en la campaña me acerca a mi hijo.

PROGRAMA DE INTEGRACIÓN SOCIAL PARA PERSONAS CON ENFERMEDAD MENTAL “REMOLINOS DE QUIJOTES”

Salvador Toledano, Francisco Gómez, Josefina Aranda y Encarnación Linares
Asociación El Timón, Almería

Una de las características de la Enfermedad Mental es el Aislamiento Social que padecen las personas que la sufren. Como medio para paliar este problema surge el Programa de Radio “ Remolinos de Quijotes” que contribuye a erradicar el estigma y la exclusión social a la que se ve sometido este colectivo dando voz a los sin voz. En programa se lleva a cabo por personas con enfermedad mental y voluntarios. Lleva desarrollándose desde 2008.

Objetivos

- Comprobar la eficacia del programa de Radio en la mejora de la integración social del colectivo.
- Verificar la influencia del papel del voluntariado en el proceso
- Mejorar y aumentar la comunicación oral
- Aumentar la capacidad de autonomía de las personas con enfermedad mental
- Conseguir sentimientos de logro y responsabilidad
- Participación de voluntarios en el proceso de Integración Social.
- Participación de la persona con enfermedad mental en el proceso de recuperación

Método

Estudio prospectivo longitudinal de las actividades llevadas a cabo para el funcionamiento del programa de Radio y para mejora de la Integración Social de la personas con enfermedad mental: entrevistas a profesionales, nº de personas que han escuchado el programa de radio, nº de personas voluntarias involucradas en el proceso.

Resultados

El 30% de los componentes del programa de Radio son voluntarios.

El programa de Radio está compuesto por 10 personas con enfermedad mental y tres personas voluntarias. Se han realizado un total de 60 entrevistas por personas con enfermedad mental a familiares, profesionales de la salud mental, representantes de la administración, etc. Se ha conseguido dar voz a todas aquellas personas con enfermedad mental que han querido participar en el programa de radio.

EL PROYECTO SALTANDO MUROS Y LA PRESENCIA DE LA VOZ DE PERSONAS CON TRASTORNO MENTAL GRAVE EN LA SOCIEDAD A TRAVÉS DE LA RED

Esther Sanz Sánchez

Área Externa de Salud Mental de Tenerife

El Proyecto Saltando Muros es una iniciativa, surgida en el año 2009 en el Área Externa de Salud Mental de Tenerife (antiguo Hospital Psiquiátrico), de promoción de la salud mental y lucha contra el estigma que limita los derechos y las posibilidades reales de recuperación de las personas afectadas por un trastorno mental grave (TMG).

Desde nuestros comienzos, nuestro punto de partida ha sido y continúa siendo, el pleno convencimiento de que las personas diagnosticadas de TMGs tienen mucho que aportar tanto en los procesos de su propia recuperación como en los de concienciación y sensibilización ciudadanas.

Por ello, en diciembre del año 2009 y ante la necesidad de visibilizar a este colectivo sin generar ningún gasto extra en nuestros servicios, consideramos que la creación de un BLOG desde dentro de la propia institución de salud mental, podría abrirnos una ventana al exterior mediante la cual comunicarnos, conocernos y de esta forma ir eliminando los prejuicios que suelen recaer sobre los TMGs.

Pero, no solamente queríamos escuchar a los usuarios de nuestras unidades y a las personas afectadas, que sin duda son los principales protagonistas de esta iniciativa, también hemos apostado por difundir las opiniones y conocimientos de profesionales, familiares, alumnos y sociedad en general, en un intento de ir creando una red desde la que dar más fuerza a nuestro propósito de mejorar la atención y la imagen social de las personas afectadas por problemas de Salud Mental.

Señalar que, tras la consolidación del blog Saltando Muros, hemos ido sumando a nuestro proyecto otras propuestas como las charlas en diferentes foros de los que destacaríamos nuestra presencia en institutos de educación secundaria de nuestro entorno.

Así mismo, hemos aparecido en diferentes medios de comunicación tanto locales como nacionales, nos hemos sumado a las redes sociales, hemos ido gestando junto a otros compañeros y usuarios una red de blogs o “blogosfera psi”, y también hemos recibido en nuestras instalaciones a profesionales que han tenido la oportunidad de conocernos desde dentro y que además nos han ofrecido su trabajo .

En definitiva, Saltando Muros, es un proyecto en plena evolución y crecimiento, cuyo eje central son las personas afectadas por TMGs y la lucha contra el estigma desde un cambio consciente y activo de perspectiva: la del respeto a los derechos humanos, a la dignidad personal y al derecho de las personas con TMG a tomar las riendas de su vida, a desarrollar sus potencialidades, y a contribuir con sus aportaciones a la sociedad.

Características del proyecto saltando muros

Objetivos

- Luchar contra el estigma social asociado a los TMGs.
- Visibilizar y dignificar a los afectados, difundiendo sus opiniones y derechos.
- Contribuir a los procesos de recuperación, empoderamiento, integración social y creación de proyectos de vida.
- Luchar contra el propio autoestigma y automarginación.
- Legitimar la diferencia, acercar lo distinto.
- Promover la concienciación, sensibilización y la acción ciudadanas.
- Difundir información sobre los TMGs desde una perspectiva integradora (bio-psico-social), basada en el modelo de la recuperación y desde un enfoque comunitario.

Principios básicos

- Aumentar el conocimiento social
- Mostrar una visión positiva
- Contemplar todas las facetas
- Facilitar información normalizadora
- Menos compasión y paternalismo, más derechos y recursos
- Dejar hablar a los protagonistas
- Desmontar falsas creencias, mitos o prejuicios
- Alejar el TMG de la crónica de sucesos
- Cuidar el lenguaje, no etiquetar ni estigmatizar desde la palabra

Recursos

Humanos:

- Personas ingresadas en el Área Externa de Salud Mental de Tenerife (Unidades de Subagudos y Rehabilitación Activa)
- Una Psicóloga Clínica (Esther Sanz)
- Un enfermero especialista en Salud Mental (César Estévez)
- Una administrativa (Cachi Gómez)
- Otros: profesionales, residentes, estudiantes, familiares, ex-pacientes...

Materiales:

- Una sala multifunción del edificio USA-URA.
- Folios, bolígrafos, ordenador, cañón...

Ámbitos de aplicación

1. El blog (<http://blogsalmudmentaltenerife.blogspot.com.es/>)

Objetivos:

- Estimulación de funciones cognitivas a través del lenguaje y la comunicación
- Expresión emocional y fomento del autoconocimiento
- Mejora de la autoestima
- Familiarización con las nuevas tecnologías
- Contacto con el entorno social
- Continuidad de cuidados tras el alta hospitalaria

Concretamente, escribimos para:

- Estimular el conocimiento y comprensión de nosotros mismos y del mundo que nos rodea
- Organizar y estructurar nuestros pensamientos y sentimientos, tomar distancia de ellos y hacerlos más manejables
- Ser más conscientes de uno mismo y así poder integrar la experiencia y adquirir más control sobre ella
- Buscar a través del lenguaje escrito otros posibles significados de la realidad
- Reivindicar, denunciar, sacar a la luz, normalizar, participar en la comunidad...

Metodología y desarrollo:

- Actividad realizada los martes y jueves de 13:00 a 14:00 en la Sala Multifunción del Área Externa de S.M. De Tenerife

Fases:

1. Puesta al día en un atmósfera de respeto y motivación
2. Tormenta de ideas y consigna para la escritura
3. Tiempo para escribir
4. Puesta en común
5. Transcripción de los textos y creación de entradas para el blog Saltando Muros

Contenidos del blog Saltando Muros:

- Taller del blog (EJS: qué es la psicosis, el ingreso, los profesionales, la medicación, razones para seguir luchando, deseos, el alta, la soledad, el amor, miedos, qué es estar mejor para ti, alternativas a la contención mecánica, mitos...)
- Artículos de opinión, divulgativos e informativos sobre cursos, congresos, recursos socio-sanitarios, ejemplos de recuperación, libros, cine, nuevos abordajes, derechos, programas realizados dentro y fuera de nuestras unidades
- Otras voces: experiencias en primera persona de alumnos, residentes, familiares, lectores del blog...
- Vídeos y presentaciones

2. Charlas en Institutos de Educación Secundaria (Comentarios de alumnos)

- *“Pensaba que las personas que padecen enfermedades mentales como la esquizofrenia eran personas violentas e impredecibles, pero esta actividad me ha cambiado muchísimo el punto de vista que tenía sobre este tema”*
- *“No sabía que estas personas eran tan fuertes, que día a día rompen barreras para superarlo. Me han dado muchas ganas de estudiar psicología e involucrarme en ese mundo”*
- *“Creía que las personas con EM serían más violentas e inestables. Me alegra conocer el caso de C., que lleve tan bien su enfermedad y que tenga esa fuerza para seguir superándose”*
- *“Para mí ha cambiado la forma de ver sobre todo el término esquizofrenia, así como que me he sensibilizado más con la gente que lo padece y he aprendido como prevenir o conocer la manera de detectarlo”*
- *“Esta charla ha cambiado mi forma de ver a los enfermos mentales, pues muchas veces se dice por ahí que suelen ser personas frágiles y no son capaces de ser autosuficientes”*
- *“He aprendido cosas nuevas como que un enfermo mental no tiene por qué ser agresivo. Han desmentido muchos de los mitos “callejeros”, por así decirlo”*

3. Charlas en otros foros (impartidas junto a usuarios)

- Área Externa de Salud Mental (Feb. 2010 y Nov.2011)
- Docencia ECA (Equipo Comunitario Asertivo de Tenerife)
- Docencia residentes HUC (Hospital Universitario de Tenerife)
- CRPS Icod de los Vinos (Centro de Rehabilitación Psicosocial)
- Fundación de Terapias Creativas Hugo Pomar
- Congreso Nacional Blogosfera Sanitaria 2011
- Congreso Nacional sobre Esquizofrenia 2010 (póster)
- XXV Congreso de Salud Mental AEN 2012
- Estaremos en el próximo Congreso Nacional sobre el Estigma en Salud Mental, Almería, 2012

4. Medios de comunicación donde hemos aparecido

- Periódicos: El Día (Premio Toda una Vida para Mejorar por el artículo “El poder de la palabra”); La opinión; Diario de Avisos (link con nuestro banner durante un año); Periódico digital PR Noticias
- Radio Aguere, Radio Unión Tenerife, Radio Lunáticos (dirigido por Enrique González, usuario del taller del blog)
- RTV Canaria (Buenos Días Canarias, Radio Canarias)
- Blog Inteligencia Emocional y Social de Elsa Punset

5. Contacto con otros profesionales que se han acercado a nuestras unidades

- La escuela Canaria de Creación Literaria
- Asociaciones de familiares y usuarios (Afes, Atelsam)
- Janet Eichenberger (Programa de Arteterapia y Taller de Haikus)
- La fundación de terapias creativas Hugo Pomar (Programa de Teatroterapia)
- Programas de Biodanza (Ana Lidia Batista)

6. Saltando muros en las redes sociales (Facebook y Twitter)

Con la idea de poder interactuar más fácilmente con nuestros seguidores, aportando contenidos adicionales a los del propio blog, hemos profundizado en el uso de las redes sociales, adentrándonos en Facebook con la página del “Proyecto Saltando Muros” con 1700 seguidores y recientemente en Twitter como SaltandoMuros. También hemos utilizado la página Youtube para ir colgando nuestros vídeos.

Conclusiones: el blog saltando muros en la red

- Promovemos alianzas, debate e intercambio de conocimientos y vivencias y hemos sido referencia tanto de usuarios como de servicios de salud mental para la creación de nuevos blogs desde los que compartir experiencias y potenciar procesos de empoderamiento y capacitación personal.
- Más de 195.000 visitantes y 231 seguidores de nuestro blog
- Seguimiento en todos los continentes, especialmente en el mundo de habla hispana
- Más de 1.700 seguidores en Facebook
- Contenidos del blog acreditados por WIS, FDS y el prestigioso sello HONcode
- Hemos sido referenciados por el divulgador científico Eduard Punset y colaborado con su hija Elsa Punset

- Señalados por el periódico digital “PR Noticias” como uno de los 20 blogs más importantes de la blogosfera sanitaria hispana
- Hacemos visible a la persona con problemas de Salud Mental

Además...

Participamos en prensa, radio y TV y hemos acudido a diferentes foros a presentar nuestro proyecto y colaborar en iniciativas enfocadas a la educación para la salud mental (siempre contando en nuestras charlas con la presencia de personas afectadas por TMGs).

Conclusiones finales

Este proyecto nació de una inquietud personal, de una manera de enfocar la mirada sobre las personas afectadas por trastornos mentales graves y un deseo de contribuir a la mejora en su calidad de vida.

Desde aquel primer instante en que Saltando Muros se materializó en la red hasta hoy han pasado demasiadas cosas difíciles de transcribir en una memoria. Todas ellas han supuesto un enriquecimiento constante tanto para muchos usuarios de nuestras unidades y personas afectadas, como para los dos profesionales que gestionamos y alimentamos día a día este proyecto.

Esperamos contar con la suficiente difusión, energía y apoyos para que “Saltar Muros” sea cada vez algo más sencillo y cotidiano.

ESTRATEGIA DE SENSIBILIZACIÓN Y LUCHA CONTRA EL ESTIGMA DE LA ENFERMEDAD MENTAL EN ANDALUCÍA “1DECADA4”: ACCIONES DESARROLLADAS Y REFLEXIONES TRAS 6 AÑOS DE TRABAJO INTERSECTORIAL

Pablo García-Cubillana de la Cruz

Programa de Salud Mental Servicio Andaluz de Salud

Los problemas de salud mental afectan a un gran número de personas (1 de cada 4 personas padecerá alguna enfermedad mental a lo largo de su vida) generando un alto grado de sufrimiento. En nuestra cultura existen numerosas ideas y creencias erróneas sobre la enfermedad mental que estigmatizan a las personas que la padecen, colaborando a aumentar su sufrimiento y el de sus familias. Esa atribución estereotipada de valores y conductas a estos colectivos les lleva a una situación de discriminación que dificulta, aún más, sus posibilidades de recuperación y de inclusión social.

Organismos internacionales, como la Organización de Naciones Unidas, la Organización Mundial de la Salud y la Unión Europea sitúan la lucha y erradicación del estigma como una prioridad de sus políticas sanitarias y sociales. Igualmente, la Estrategia en Salud Mental del Sistema Nacional de Salud considera fundamental tomar iniciativas que aumenten el conocimiento de la enfermedad mental y ayuden a reducir el estigma y la marginación de quienes la padecen.

En este escenario y en el marco del Convenio Marco de Colaboración para la sensibilización social de la población sobre las personas que padecen trastornos mentales graves, formalizado en el Parlamento de Andalucía en octubre de 2004, nace la estrategia “1 de cada 4”, iniciativa del Plan Integral de Salud Mental de Andalucía contra el estigma social de la enfermedad mental, que inicia su andadura en 2006.

Objetivo general de la estrategia:

- Modificar las percepciones erróneas sobre la enfermedad mental y las personas que la padecen en la población general y en diversos públicos objetivo que tienen un papel fundamental en la eliminación del estigma

Objetivos específicos:

- Fomentar la reflexión sobre actitudes y percepciones
- Promover un tratamiento adecuado de la enfermedad mental en todos los ámbitos
- Mejorar la imagen social de las personas con enfermedad mental
- Influir en las personas con enfermedad mental mejorando su autoestima

A nivel operativo, la estrategia “1decada4” cuenta con el asesoramiento del Grupo de Sensibilización sobre la Enfermedad Mental en Andalucía, compuesto por profesionales de los servicios de salud mental (SAS), profesionales de los programas de apoyo social (FAISEM), expertos en sociología y comunicación (EASP) y representantes de las federaciones andaluzas de usuarios/as y familiares (FEAFES-Andalucía y En Primera Persona). Tanto el grupo asesor como el equipo de trabajo de la estrategia, ambos coordinado por la EASP, son de carácter multidisciplinar, compuesto por profesionales de la psiquiatría, enfermería, psicología, sociología, trabajo social y periodismo.

Desde sus inicios, la estrategia ha contado con financiación de la Junta de Andalucía, así como del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de los Fondos de Cohesión Interterritorial del SNS.

La conforman un conjunto de acciones de sensibilización, sostenidas en el tiempo, destinadas a modificar las percepciones y actitudes estigmatizantes y discriminatorias tanto de la población general como de públicos específicos, seleccionados tras la revisión de la literatura científica disponible y del debate interno del grupo de trabajo de 1decada4 y su grupo asesor, por tener un papel fundamental para invertir los procesos de discriminación y aislamiento social en favor de la inclusión social de las personas con enfermedad mental.

Junto a la población general, los colectivos identificados y destinatarios de las acciones desarrolladas son:

- Profesionales de los medios de comunicación: Se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental a través de los medios de comunicación, por lo que su reflejo de la realidad de la enfermedad mental, sin estereotipos y prejuicios, contribuye a normalizarla y ponerla en su lugar en la sociedad.
- Profesionales sanitarios, entre los que se han desarrollado intervenciones con los profesionales de los servicios de salud mental, ya que juegan un papel importante en la reducción del estigma que se deriva de la relación de los usuarios/as con los servicios, siendo determinantes en identificar el autoestigma y en combatirlo apoyando y promoviendo su recuperación.
- Adolescentes: conseguir percepciones positivas en esa franja de edad puede significar la modificación de las percepciones de la sociedad del futuro. Es en la adolescencia cuando los cambios de actitudes o prejuicios son más eficaces y es también en este periodo, cuando el desarrollo de competencias actitudinales positivas, es más eficaz, puesto que en el caso de que no fueran trabajadas, podrían considerarse negativas, e influenciar otras experiencias vitales.
- Personas con enfermedad mental: Se efectúan intervenciones sobre el propio colectivo de usuarios/as de los servicios de salud mental para reducir el autoestigma y favorecer su proceso de recuperación social y

dotarles de herramientas de empoderamiento y de participación en los servicios, así como ayudar a la vertebración del movimiento asociativo.

Las acciones de sensibilización realizadas en el marco de la estrategia “1decada4” complementan las iniciativas de lucha contra el estigma y en favor de la recuperación e inclusión social desarrolladas por las organizaciones y entidades que forman parte de la misma, algunas de las cuales se abordarán a lo largo de este Congreso.

En la ponencia, tras introducir la estrategia “1decada4”, se presentarán las acciones desarrolladas, junto a una serie de reflexiones y lecciones aprendida a lo largo de estos años, contando con las aportaciones de reconocidos autores en la esfera internacional, que cuestionan muchos de los supuestos o principios que han guiado las estrategias contra el estigma en diferentes países y regiones desarrolladas en los últimos años.

SALUD MENTAL Y MEDIOS DE COMUNICACIÓN: UNA RELACION COMPLEJA

Ángel Luis Mena Jiménez

Escuela Andaluza de Salud Pública.

Estrategia andaluza contra el estigma “1 de cada 4”

Las personas que tienen una enfermedad mental se enfrentan a muchas formas de discriminación, desprecio y rechazo social. La visión de la sociedad está influida por una serie de mitos, estereotipos y creencias erróneas que se transmiten desde hace siglos y configuran la imagen social de este colectivo, limitada a algunas características concretas y negativas que se asocian a todas las personas que lo forman. Es lo que se denominamos el estigma de la enfermedad mental (Goffman, 2001), un fenómeno complejo con múltiples factores que lo determinan y en el que están implicados muchos sectores de la sociedad. Los medios de comunicación pueden jugar un gran papel y ser valiosos aliados para eliminarlo.

Numerosos estudios los identifican como creadores o reforzadores de esta imagen negativa en la sociedad (Roth, 2004; Wahl, 2002; Salter, 2000). En concreto, del estereotipo que asocia enfermedad mental y violencia (Sampietro, 2010), acompañado de la creencia de que son personas impredecibles, con las que no se puede establecer comunicación y diferentes del “resto de nosotros” (Salter, 2000). Aunque el volumen varía según el tipo de medio: investigaciones en España muestran que en prensa aparecen menos estereotipos que en radio y televisión (Muñoz, Pérez Santos, Crespo y Guillén, 2009). En general, se estima que la población recibe el 90% de la información sobre salud mental a través de los medios de comunicación.

Un estudio pionero que analizó programas de televisión en Estados Unidos concluyó que la descripción que aparecía de las personas con enfermedad mental era de “temidos, rehuidos, causantes de vergüenza y castigados”. El 70% de los personajes con enfermedad mental era violento. La violencia y el castigo se mostraban como inherentes a la enfermedad en sí e ineludibles (Anneberg school for Communication Cultural Indicators Project, 1993)

Existe también evidencia de que si la sociedad percibe a las personas con enfermedad mental como peligrosas y/o incapaces de cuidar de sí mismas, las políticas y la legislación derivadas de esas creencias tienden hacia el control y la contención en vez de hacerlo hacia la recuperación y la vida en la comunidad (Rose, 1998). Asimismo las decisiones gubernamentales se pueden basar en las creencias erróneas aceptadas socialmente como válidas.

El trabajo en la sensibilización de los medios de comunicación se manifiesta como una prioridad en la lucha antiestigma. Su papel tiene una doble cara. Tan-

to pueden apuntalar el estigma como contribuir a eliminarlo, cambiando las percepciones de la población sobre la enfermedad mental y denunciando las situaciones de injusticia que a veces viven las personas con enfermedad mental, como en muchas ocasiones han hecho (Martínez Azumendi, 2005). Este aspecto es el que hay que potenciar, en muchos casos con una actitud individual proactiva de las personas implicadas en salud mental (Byrne, 2003).

La mayor parte de los programas o estrategias de lucha contra el estigma en los diversos países (Time to Change y Shift en Inglaterra, NAMI en EE UU, SANE en Australia, Like Minds Like Mine en Nueva Zelanda, BASTA en Alemania) o estrategias globales como Open the Doors incluyen entre sus objetivos mejorar la imagen de la enfermedad mental en los medios de comunicación, y diseñan y desarrollan acciones en este sentido.

En Escocia, la estrategia SEE ME lleva a cabo una intensa actividad para mostrar a las personas con enfermedad mental de forma positiva. Su programa Media Volunteers (“voluntarios mediáticos”) forma y apoya a personas con enfermedad mental para que expliquen su experiencia con la enfermedad mental y muestren una vida normalizada. Estos testimonios de integración y recuperación, según este programa, permiten equilibrar la balanza de las informaciones sobre enfermedad mental.

En Andalucía, una de las líneas estratégicas del Plan Integral de Salud Mental de la Consejería de Salud y Bienestar Social es la lucha contra el estigma. La estrategia “1 de cada 4” (1 de cada 4. URL disponible en www.1decada4.es) desarrolla desde 2005 proyectos y acciones concretas para sensibilizar sobre la discriminación social que padecen las personas con enfermedad mental y reducirla. Uno de los colectivos a los que se destinan las acciones son los profesionales de la comunicación: periodistas de los medios de comunicación, profesionales de agencias de comunicación, periodistas y/o responsables de comunicación en instituciones de salud y servicios sociales y en asociaciones que pueden trabajar como fuente de información para los medios, incluso estudiantes de periodismo.

“1 de cada 4” persigue con esta línea de trabajo un tratamiento más correcto, justo y adecuado de la salud mental en los medios, que se ofrezca información más precisa, rigurosa y objetiva; y especialmente que se equilibre la información negativa y/o estigmatizante que aparece con noticias en positivo sobre las personas con enfermedad mental.

Entre las diferentes actuaciones llevadas a cabo se han realizado tres jornadas de sensibilización (Granada, Málaga y Sevilla), de un día de duración, con una media de asistencia de 200 personas en cada una, entre profesionales de los medios, de la salud y la asistencia socio-sanitaria y personas usuarias y familiares.

De forma paralela se realizan talleres de sensibilización con profesionales de los medios de comunicación (sesiones de 4 horas de duración) en Córdoba (2005) Cádiz (2006), Huelva (2007) y Sevilla (2009, 2011) y Almería (2012). Estos talleres permiten enfocar los contenidos específicamente a las necesidades de los periodistas y permite un conocimiento de primera mano de las características de su trabajo diario y la influencia que tienen en la imagen que se proyecta de la enfermedad mental. El equipo docente está formado por un psiquiatra, un periodista y una persona con enfermedad mental.

Del trabajo con profesionales de medios de comunicación y del diálogo establecido con ellos y con usuarios y sus familiares se pueden extraer algunas reflexiones que ayuden a reforzar la compleja relación entre salud mental y medios de comunicación:

- Los periodistas son parte de la población y como tales reproducen estereotipos. La gran mayoría no están especializados en salud, mucho menos en salud mental. Al acercarse a periodistas o profesionales de la comunicación es básico no culpabilizarlos del estigma de la enfermedad mental. Hay que verlos siempre como aliados, no enemigos.
- Ser conscientes de las limitaciones a las que nos enfrentamos cuando se diseñan acciones: los profesionales de los medios están sometidos a determinados horarios y urgencias, en situaciones de trabajo cada vez más precarias.
- Conseguir que la enfermedad mental no sea presunta culpable de prácticamente todos los hechos violentos más visibles y que generan alarma social. Este estereotipo, que parece activarse de forma instantánea, debería ser uno de los núcleos principales del trabajo antiestigma con los medios.
- Adoptar un papel proactivo de alerta y denuncia, dialogando con los medios y sus profesionales: se pueden cambiar cosas por algo tan simple como hablar con ellos y hacerles ver el problema.
- Hablar de recuperación y no de estigma: No es tan efectivo censurar la labor del periodista como trabajar conjuntamente para se publiquen y visualicen historias en positivo, de recuperación social, superación, integración y vida en la comunidad. Esto permitiría equilibrar la percepción social. Y de la misma forma que se critica ante contenidos negativos, es agradecido y necesario felicitar por un trabajo bien hecho.
- Conseguir que los pacientes sean fuente de información es prioritario para dar visibilidad a un colectivo cuya falta de voz en primera persona es causa directa de la visión distorsionada de la sociedad. Para ello es importante que se formen como portavoces y en habilidades de comunicación. Un ejemplo es el comentado de SEE ME.
- Producir y proporcionar a los medios contenidos audiovisuales, que también pueden difundirse a través de Internet. Compensar la habitual imagen sórdida de personas con enfermedad mental con situaciones de normalidad.

- Orientar las acciones antiestigma hacia la industria del ocio y del entretenimiento: el papel de películas, series de televisión, programas de humor, etc. puede ofrecer resultados iguales o mejores que al trabajar con los medios de comunicación tradicionales.
- Disponer de información más detallada de los matices del tratamiento que se hace en los medios de comunicación sería muy útil (qué información se ofrece sobre la enfermedad mental, con qué frecuencia, a qué patologías afecta, en qué tipo de medios, en qué soportes, qué estereotipos se refuerzan, etc.), de cara a priorizar segmentos profesionales a los que destinar las acciones y diseñarlas enfatizando los aspectos clave.
- Establecer alianzas basadas en el periodismo ético. Dentro del diálogo que abrimos con los medios de comunicación, no hay que limitarse a campañas informativas sino buscar una implicación y un trabajo antiestigma bilateral.
- Invertir en los futuros periodistas, trabajar desde las facultades de comunicación y no sólo con medios.

Un buen ejemplo de alianzas e interés común es el que se realiza en Almería es el manifiesto “Almería tierra sin estigma”, del Consejo ProSalud Mental de Almería. En la iniciativa trabajan de forma conjunta asociaciones de usuarios, familiares y allegados, profesionales de salud y bienestar social e instituciones, que desarrollan acciones a las que se han sumado, entre otros, la Asociación de la Prensa de Almería y profesionales de los medios.

En esta relación es fundamental la labor de las asociaciones de usuarios y familiares, cuyo papel tiene que ser el de interlocutor principal con los medios tanto para orientar en el tratamiento informativo como para hacerles ver su realidad normalizada y las posibilidades de recuperación con su ejemplo en primera persona.

Referencias

- 1 de cada 4. (n.f.). Recuperada, Octubre 23, 2012 de <http://www.1decada4.es>
Anneberg school for Communication Cultural Indicators Project 1993. Rovner,1994.
- Byrne P. (2003). Psychiatry and the media. *Advances in Psychiatric Treatment*, 9,135-143.
- Goffman, E. (2008). Estigma: La identidad deteriorada. Buenos Aires: Amorrortu Editores.
- Martínez Azumendi, O. (2005). Periodistas y reporteros gráficos como agentes de cambio en Psiquiatría. Imágenes-denuncia para el recuerdo. *Revista de la Asociación Española de Neuropsiquiatría*, 96, 9-28.
- Muñoz, M., Pérez Santos, E., Crespo, M. y Guillen A.I. (2009). Estigma y enfermedad mental. Análisis del rechazo social que sufren las personas con enfermedad mental. Madrid: Editorial Complutense.
- Rose, D. (1998). Television, madness and community care. *Journal of Community*

- & *Applied Social Psychology*, 8, 213-228.
- Roth D. (2004). Mass Media and Mental Illness: A Literature Review. Recuperado el 23 de marzo de 2010 de http://www.ontario.cmha.ca/about_mental_health.asp?cid=7600
- Salter, M. y Byrne, P. (2000). The stigma of mental illness: how you can use the media to reduce it. *Psychiatric Bulletin of The Royal College of Psychiatrists*, 24, 281-283.
- Sampietro, H.M. (2010). Enfermedad Mental y Violencia en los Medios de Comunicación. ¿Una asociación ilícita? *Quaderns De Psicologia*, 12, 95-107.
- Wahl, O. (2002). Mass media images of mental illness: A review of the literature. *Journal of Community Psychology*, 20, 343-352.

DEPORTE Y RECUPERACIÓN EN PERSONAS CON TRASTORNOS MENTALES GRAVES.

Andrés López Pardo

Fundación Pública Andaluza para la Integración Social de Personas con Enfermedad mental. FAISEM.

En el presente dossier, se abordan las limitaciones de la investigación desarrollada hasta hoy sobre los efectos de la actividad física en la salud física y mental de las personas con trastornos mentales graves. Se analizan los factores de riesgo en la salud física de estas personas y la relación existente entre la práctica deportiva y la sintomatología de los trastornos mentales graves. Se describen los elementos básicos de un plan de actividad física y deporte, y su posible impacto como elemento en la lucha contra el estigma de las personas con trastornos mentales graves.

Evidencias en torno a la actividad física y el deporte como tratamiento complementario en los trastornos mentales graves

Las dificultades a la hora de estudiar la potencialidad del ejercicio físico como tratamiento en la esquizofrenia obedecerían a distintos tipos de problemas:

- El efecto del ejercicio físico en personas con esquizofrenia, es probable que sea una experiencia muy individual para cada persona. Los estudios realizados con grupos control, que serían mas adecuados desde un punto de vista metodológico, pueden conllevar el riesgo de asignar actividades físicas no elegidos por los participantes. Esta circunstancia puede relacionarse con un menor beneficio psicológico y mayores posibilidades de abandono.
- La generalización de los resultados esta dificultada por la alta variabilidad individual de las personas con esquizofrenia y puede depender de variables como el tratamiento antipsicótico recibido, con frecuencia muy diferente de un usuario a otro.
- También se señaló como un problema en este tipo de investigaciones, la frecuente comorbilidad en la esquizofrenia.
- Existe una amplia variación en los modelos de atención de los participantes en los estudios. Desde usuarios que son atendidos en la comunidad, a aquellos que están ingresados en estructuras hospitalarias, encuadres muy diferentes que pueden influir en la generalización de los resultados.
- Las muestras en los estudios realizados son pequeñas, y el número de pacientes disponibles para este tipo de estudios han sido muy reducidas y han dificultado el trabajo experimental. El reclutamiento de pacientes fue problemático en la mayoría de los estudios. En un estudio realizado por la Universidad de Florida, mas de la mitad de los candidatos elegibles se negaron a participar.

Por lo tanto, aquellos con mayor severidad de síntomas psicóticos pueden haberse negado a participar, dejando a aquellos con menores síntomas psiquiátricos participar en este tipo de estudio. Paralelamente, aquellos que tenían mayor interés en la práctica física, pudieron haber elegido participar en niveles más altos que otras personas. Esto puede ser una explicación parcial de las pequeñas mejorías en los parámetros físicos de los participantes del grupo de control.



- Martinsen (1995) ha señalado que el uso de autoinformes en pacientes psicóticos goza de menor fiabilidad. Por contrapartida instrumentos mas estandarizados pueden requerir entrenamiento y puede que sean únicamente adecuados para entornos hospitalarios y/o residenciales, en los que el contacto continuado es mas factible.
- Cuando se evalúa el progreso de los participantes en un programa de actividad física, existe un posible sesgo en los evaluadores cuando los pacientes a menudo cuentan sus experiencias.
- Estas limitaciones pueden explicar el reducido número de estudios de investigación relativos al ejercicio físico y esquizofrenia, en comparación con otros diagnósticos como la depresión o en la población general.

Podemos concluir que los estudios realizados que aparecen en la literatura, son *exploraciones* que están facilitando la generación de hipótesis que puedan orientar acciones para diseños experimentales futuros.



Beneficios del deporte sobre la salud física de las personas con trastornos psicóticos

Distintos estudios, analizaron el efecto del tabaquismo, la marginación social y los efectos secundarios de los neurolépticos en el riesgo de accidentes cerebrovasculares y enfermedades coronarias en personas con trastornos mentales graves. Así entre los 18 y 49 años, existía un riesgo mayor en las personas con trastorno mental grave de 2,53% en las primeras enfermedades señaladas y de un 3,22% en las segundas. Los estudios concluyeron que aunque se eliminaran los factores de riesgo – tabaquismo, marginación social y secundarismo psicofarmacológico, el riesgo se mantenía. La causa parecía estar clara: la inactividad física.

La inactividad física es por lo tanto una causa importante de morbilidad y mortalidad (Caroline R. Richardson et al) en las personas con esquizofrenia.

El aumento de la morbimortalidad por enfermedades físicas está relacionada por la existencia de factores de riesgo para padecer enfermedades metabólicas, respiratorias, cardíacas y vasculares.

La actividad física, ha demostrado su eficacia en la prevención de la diabetes (una reducción casi del 60 por ciento en el riesgo, en algunos estudios), también en las enfermedades cardiovasculares, en la pérdida de peso y en la reducción del riesgo de engordar en la población general.

La reducción de la morbilidad justifican la inclusión de la actividad física y el deporte en cualquier tipo de rehabilitación psicosocial.

Los beneficios que aporta la práctica deportiva regular en la salud física de personas con esquizofrenia, puede justificar que cualquier beneficio psicológico pueda considerarse como *un extra* aunque no fuese un requisito necesario para la promoción del uso del ejercicio como tratamiento adjunto para la esquizofrenia.

Efectos de la actividad física y el deporte en la sintomatología psicótica

- Síntomas positivos

No existe investigación que haya intentado investigar de forma directa los efectos del ejercicio físico en los síntomas positivos. Esto, mas que nada, ha llevado a los investigadores tales como Folkins y Sime (1981) y Plante (1993, 1996) concluir que no era posible obtener alguna conclusión con respecto al efecto del ejercicio en la sintomatología psicótica.

- Síntomas negativos

La investigación ha aportado más datos sobre los efectos del ejercicio en los síntomas negativos asociados con la esquizofrenia. Aunque se requiere una cierta cautela a la hora de establecer evidencias sobre esta relación, si parecen confirmados los siguientes aspectos:

- Una mayor interacción social, mejoras en el comportamiento en días de actividad y en la auto estima han sido registrados en personas con trastornos psicóticos.
- Se describen beneficios positivos del ejercicio en la depresión y la ansiedad, que pueden ser extrapolados a individuos con esquizofrenia que también están padeciendo estos síntomas. Distintos autores publicaron que el ejercicio aeróbico reduce significativamente la depresión y ansiedad en personas con esquizofrenia.
- Por otro lado, Butterly (2006), en la evaluación del proyecto Muscel en Leeds, ratifica cómo la actividad física aumenta la confianza en sí mismo y la autoestima, en pacientes con enfermedades mentales graves.
- Al mejorar los síntomas negativos, se reduce el aislamiento social, mejora la calidad de vida y se reduce el riesgo de descompensaciones.



El deporte en los programas de tratamiento de personas con trastornos mentales graves.

Existen “técnicas” que han mostrado algún grado de eficacia en estudios de evaluación reconocidos y que gozan, por tanto, de un amplio consenso internacional, en el tratamiento de las personas con trastorno mental grave. A este respecto el cuadro 1 resume los que podemos considerar como más importantes.

Intervenciones sobre Personas con Trastorno Mental Severo (López, M)

Intervenciones directas con la persona con trastorno mental severo

- *Fármacos*
- *Apoyo personal continuado*
- *Terapia cognitiva*
- *Psicoeducación*
- *Recuperación y/o desarrollo de habilidades personales*
- *Rehabilitación cognitiva*

Intervenciones con la familia y/o entorno social próximo

Psicoeducación familiar

- *Provisión de recursos “instrumentales”*
- *Alojamiento*
- *Actividad productiva y empleo*
- *Interacción social y autoayuda*
- *Dinero*
- *Defensa jurídica y tutela*

Intervenciones generales y específicas contra el estigma social

Estas técnicas incluyen intervenciones tanto sanitarias como no sanitarias, para dar respuesta a las necesidades múltiples de las personas con trastorno mental grave, desde objetivos de inclusión social y recuperación. Necesidad que incluye intervenciones biológicas y psicosociales y se corresponde con la disponibilidad de intervenciones efectivas y eficientes en el campo de los programas de apoyo social y lucha contra el estigma.

¿Cómo pueden integrarse el deporte y ejercicio en el proceso de recuperación en de personas con enfermedad mental grave?.

- Según varios autores que han padecido ellos mismos enfermedades mentales graves, existe más factores sobre la recuperación que el alivio de los síntomas, déficits y disfunciones. Cuando se trata de la recuperación, Repper y Perkins sugieren que *“La recuperación no es un tema de deshacerse de los problemas. Se trata de ver a las personas más allá de sus problemas -sus habilidades, posibilidades, intereses y sueños- y recuperar los papeles sociales y las relaciones que le dan a la vida su valor y significado”*
- Según McLeod (1997), un componente importante en las intervenciones terapéuticas para personas con problemas de salud mental es la oportunidad de mantener y relanzar historias personales que restauren el significado, la identidad y la coherencia en la vida de una persona.

Características generales de los programas de actividad física para personas con trastornos psicóticos.

- En relación a los niveles recomendados de actividad física, estos autores recomiendan las directrices del Colegio Americano de Medicina Deportiva (ACSM) que determinan los niveles adecuados de ejercicio necesarios para lograr niveles mínimos de condición física. Aunque no es específico para personas con esquizofrenia, estas guías describen la frecuencia, duración e intensidad del ejercicio físico necesario para desarrollar y mantener una buena condición cardiovascular y reducir la grasa corporal. Según estas recomendaciones un programa de ejercicio físico mínimo debería consistir en por lo menos tres sesiones de 20 a 60 minutos de ejercicio físico a la semana.



- Algunos autores sugieren que las intervenciones que se enfocan hacia una actividad física de mayor esfuerzo como correr, jugar al fútbol o clases de aerobio tienden a tener menos éxito que las intervenciones que se enfocan hacia actividades de intensidad más moderada, tales como caminar. No obstante, la práctica del fútbol, natación, voleibol, senderismo, como mera ocupación del tiempo libre o como actividades estructuradas y competitivas, gozan de las preferencias de personas con esquizofrenia.
- Caminar, bien sea en grupos supervisados o caminar “por libre” es una de las maneras más fáciles, seguras y baratas de realizar ejercicio, y es también una de las maneras más populares de realizar ejercicio entre las personas con y sin enfermedad crónica. Por ejemplo, una mayoría de las personas con diabetes tipo 2 que son activos, eligen caminar como su forma primordial de realizar ejercicio.
- La falta de conocimientos y experiencia, la falta de confianza en uno mismo y unas expectativas irreales pueden, en su conjunto, impedir una participación exitosa en la actividad física. Los logros y el reconocimiento por los pequeños avances logrados en la condición física crean una confianza en si mismo. Esta autoconfianza en si mismo es uno de los predictores más importantes para la consecución de una participación sostenida en un programa de actividad física. Crear confianza en las habilidades de los participantes para recuperar su bienestar y desarrollar mayor capacidad física también es una tarea esencial de los profesionales responsables de los programas en ejercicio físico de grupos de personas con trastorno mental grave.



- Profesionales entusiastas del deporte, de la educación física, de salud mental y de los servicios sociales, formados en la materia y que apoyen a los participantes en el ejercicio tienen igual importancia que el ejercicio en sí mismo. Estos profesionales encargados de la preparación física tienen que estar dispuestos a ofrecer apoyo para ayudar a los participantes a superar las dificultades que afectan a su autoestima.

La experiencia de faisem.

Faisem cuenta con un programa anual de actividades deportivas que tiene como principales actuaciones las siguientes:

- Se programan actividades deportivas en cada una de las provincias a través de los programas de soporte diurno, gestionados directamente por FAISEM o bien conveniados con Feafes Andalucía, o con los Ayuntamientos. Estas actividades se planifican por una Comisión de Actividades Deportivas integrado por Faisem y por el movimiento asociativo de familiares, usuarios y usuarias.
- Se desarrollan campeonatos provinciales (principalmente de fútbol) y actividades dirigidas a las personas atendidas en el programa residencial de Faisem (Subprograma de Promoción de salud y hábitos saludables). Una de ellas es la denominada “Un millón de pasos” que fomenta el caminar en grupos de usuarios y usuarias con una periodicidad regular.
- Se celebran Campeonatos Autonómicos de Fútbol, en el que participan personas de todas las provincias andaluzas. De especial significación ha sido la iniciativa “Locos por el remate” que se celebra desde 2005 en la ciudad de Cabra (Córdoba). Durante tres días se dan cita más de 300 personas de todas las provincias andaluzas. La actividad deportiva se acompaña de actos culturales, lúdicos, mesas redondas con profesionales del deporte y usuarios, turismo, voluntariado etc con el objetivo de favorecer la sensibilización social. Esta experiencia, que se desarrolla todos los años en los recursos de la ciudad y tiene un aceptable seguimiento en los medios de comunicación, ha recibido en Andalucía distintos reconocimientos como una acción eficaz en la lucha contra el estigma.
- Se organizan eventos con participación nacional y europea.
- En colaboración con la Universidad de Almería, se ha participado en Cursos de especialización sobre Deporte Adaptado.
- Con el objetivo de impulsar el deporte en el tratamiento comunitario de personas con enfermedad mental grave, intercambiar experiencias y organizar actividades a nivel nacional y europeo, distintas Comunidades Autónomas han impulsado la creación de la Asociación Española Deportiva para la integración y la Recuperación. AEDIR (www.aedir.es).

Referencias

- American College of sports medicine: *ACSM's Guidelines for exercise testing and prescription*. Baltimore, Lippincott Williams and Wilkins, 2000.
- Canadian society for exercise physiology: Physical activity readiness questionnaire, revised 2002.
- Caroline R. Richardson, M.D. Guy Faulkner, Dori S. Hutchinson de doctorado Judith McDevitt, Ph.d., F.N.P. Gary S. Skrinar, Ph.d., Sc.D. John D. Piette, Ph.d. *Integrating physical activity into mental health services for persons with serious mental illness. Psychiatric services* 56: 324-331, (2005)
- Faulkner G, Biddle S: *Exercise as an adjunct treatment for schizophrenia: a review of the literature*. Journal of Mental Health 8:441-457, 1999
- Gorczyński P, Faulkner G. *The health benefits of physical activity and exercise are well documented, and these effects could help people with schizophrenia*. Schizophrenia Bulletin 2010 36 (4): 665-666.
- López M, Laviana M. *Rehabilitación, apoyo social y atención comunitaria a personas con trastorno mental grave. Algunas propuestas desde Andalucía*. Revista de la AEN 2007,99:187-223.
- Martinsen E: *The effects of exercise on mental health in clinical populations, in European Perspectives on Exercise and Sport Psychology*. Edited by Biddle S. Stanningley, United Kingdom, Human Kinetics, 1995
- Repper, J & Perkins, R. *Social Inclusion and recovery*. Balliere Tindall: London
- Shepherd G; Boardman J; Slade, M. *Making Recovery a reality*. Sainsbury Centre for mental health 2008. www.scmh.org.uk

ENCADENADOS AL CUERPO: ESTIGMA, INCOMPRENSIÓN Y RESPONSABILIDAD EN ANOREXIA NERVIOSA

Francisco Martín-Murcia

Instituto de Ciencias del Comportamiento, Almería

“Yo no me quería morir, ni me veía gorda. Mi cuerpo me daba igual, sólo era la herramienta que hacía de mis pensamientos, de mi yo interior, una realidad, un pasivo en activo, una idea una emoción en algo que podía experimentar a través de mi cuerpo físico. A través de mi cuerpo doy sentido a mis emociones, las hago reales, les doy un lugar, un volumen, construyo un entorno, mi cuerpo es mi herramienta para estar en el mundo, lo pasivo de mi mente, puedo hacerlo activo con mi cuerpo, experimento con mi cuerpo y yo no quiero sentir nada, ni frío ni calor ni ayer ni mañana. No se estar aquí. Me muevo como una extranjera en el mundo, ya no se que hago bien y que hago mal, no entiendo nada de lo que está pasando a mi alrededor. vivo en un mundo que no comprendo pero en el que estoy. Si no tengo cuerpo tengo derecho a no entender, a no estar, a no participar. A vivir como una esencia, como un ente. A ver el mundo y contemplar tras una pared con un agujerito...”

Este es un testimonio real de la experiencia de vivir de una persona con Anorexia Nerviosa. La claridad con la que se ve la función hacer desaparecer su cuerpo, su dimensión física, obliga a un esfuerzo de la sociedad por diluir la estigmatización y la frivolidad con la que se tratan a las personas que sufren este trastorno. De cómo pueden formarse estos fenómenos y de cómo puede avanzarse en su disolución, versará el trabajo que les presento. Se tratará sobre el error de la anorexia, la sociedad enferma, el prejuicio del desconocimiento del fenómeno de las alteraciones alimentarias, los prejuicios que se desprenden de no saber como tratar a las personas con este problema y por ultimo se hará una llamada a la responsabilidad en el sentido de hacer una propuesta para aprender a responder más eficazmente gracias a una comprensión alternativa.

Dado que el estigma es la palabra clave del congreso, convendrá traerla a colación en su acepción original para entrar en materia. Como es sabido, los estigmas son señales y marcas que aparecían en el cuerpo de algunas personas, generalmente devotas cristianas. Estas marcas se asemejaban a las mostradas por Jesucristo, según los modelos que aparecían de él en la imaginería cristiana y se suponían que tenían una causa psicológica (superada la causalidad diabólica y milagrosa). Por tanto, podríamos elaborar el primer significado de estigma en un sentido mucho más actual en relación a las personas con anorexia nerviosa, siendo que se produce una señal o marca (la delgadez extrema) en base a modelos evidentemente no tan ilustres como Jesucristo pero de parecida pregnancia en los tiempos modernos. Podría decirse que los cuerpos marcados en algunos casos de anorexia serían la versión actual de los estigmas iniciáticos.

El segundo sentido del estigma y más relevante por sus consecuencias, vendría dado por las actitudes sociales hacia las personas con trastorno mental y en especial a las personas con anorexia. Las consecuencias de esta estigmatización, unida a la propia gravedad del trastorno, serían una disminución de las oportunidades para disfrutar de una vida activa y de las conductas englobadas en los términos calidad de vida y apoyo social, como las relaciones interpersonales y sentimentales, el acceso igualitario al empleo, la atención sanitaria, la autonomía e independencia económico-social, etc. En tercer lugar podría hablarse del auto-estigma, el cuál podría tener no solo el obvio efecto negativo en cuanto la formación de un auto-concepto poco valioso, sino lo que sería aún peor, una paradójica consecuencia en la formación de la identidad personal anoréxica, dada la posibilidad de formar un yo que sería de suyo reforzante, aunque los efectos de la caquexis sean en muchos casos letales.

Dada la connotación religiosa que el estigma tiene en su origen, nada mejor que empezar con algunos casos de la llamada anorexia santa, como la célebre Santa Catalina de Siena. Podría parecer que no tienen mucho que ver Santa Catalina con las personas que en la actualidad presentan este trastorno. Lo obvio es que evitan comer y llegan a niveles extraordinarios de delgadez. Lo menos obvio pero psicológicamente más relevante es que se sienten incómodos y asustados ante la vida y que desean escapar; unas de relaciones dolorosas, otros del control excesivo de sus padres, otros de afrontar la condición sexual de su cuerpo. Tan sorprendente es la capacidad para perseverar en esa forma de ser, que diría Spinoza, como su vitalidad, los periodos de retraimiento o aislamiento social, la entrega a ciertas causas vitales (desde la santidad hasta ser la princesa ideal, pasando por la alumna más brillante).

Pero el primer apunte de esta lectura es la absoluta hipocresía reinante, dado que todos estamos inmersos de una u otra manera en estas formas de funcionar, atentos a nuestra imagen pública y por tanto atentos a nuestra imagen corporal. Los datos sobre consumo de productos de belleza, de dietas, de pautas de ejercicio físico, de psicofármacos para estar “bien”, de otro tipo de drogas, de preocupación por nuestro estatus y el de nuestros hijos, de competir para obtener una mejor posición en la vida y en definitiva la necesidad de ser alguien valioso, es algo bastante usual en las sociedades modernas. Realmente las personas tenemos más cosas en común de lo que parece. Distinguir unas de otras por las consecuencias diferenciales que tiene en nosotros el responder a los conflictos de la vida no parece demasiado ético y mucho menos útil. La angustia inevitable por tener que hacer frente a la vida no diferencia a las personas con diagnósticos de las personas que no lo tienen. Quizás la diferencia esté en como se responde a una vida cada vez más compleja; en especial más compleja psicológicamente.

Quizás precisamente un error que contribuye a la estigmatización siga siendo

describir las conductas alimentarias y sus consecuencias iatrogénicas como una etiqueta, que siempre se quedará corta para entender a la persona que se comporta de la forma que lo hace. Este será el llamado error de la anorexia (sin perjuicio de extrapolarlo a otras situaciones patológicas). Si se va más allá de estos criterios, que por otra parte no son estables, de tal manera que podrían faltar algunos de ellos y seguir existiendo el mismo problema, podremos observar las vivencias de estas personas acerca de su cuerpo y de la vida en general. Vayan por delante algunos ejemplos de la forma extremada que tienen de percibirse, sentirse y experimentar su cuerpo.

¿la función de la an?: es no tener hormonas, es estar más segura. mi cuerpo es una cosa, como si todo estuviera fuera de mi, como si la vida estuviera en una mesa y yo la mirara. es como si los sentimientos estuvieran ahí fuera, no dentro de mi...
siempre noto la mirada del mundo puesta en una parte de mi cuerpo. no siento que me vean como persona, me ven como un brazo esquelético o como un culo gordo. no siento que mi persona esté presente en el mundo...
la anorexia me hace no sentir nada. no siento amor, no siento miedo, no hay nada que me despiste de la comida que es lo que me hace estar tranquila porque se que la controlo...
se que no estoy gorda, es algo evidente. pero vivo como si lo fuera, actúo como si lo fuera y me siento como si lo fuera...¿sabes porqué?.. porque lo fui y todos se encargaron de castigarme por ello.
siento la grasa moviéndose por las arterias, corriendo hasta formar parte de mi cuerpo, de ese cuerpo que no es mío, que no me pertenece.. me ataca y debo defenderme..
solo encuentro paz cuando no siento mi cuerpo, cuando no noto ninguna sensación... incluso andando no lo noto. solo experimento mi mente, mi ser mental.
cuando siento hambre me maldigo porque me aleja de sentirme perfecta.
¿porqué todos se empeñan en que coma?... sabéis que lo haré siempre pensando en dejar de comer en cuanto me dejéis en paz. tengo derecho a elegir quien soy... y soy anoréxica

Como se desprende de estos testimonios reales, la experiencia de si mismos y de ciertos fenómenos psicológicos de muchas personas con anorexia, son extraordinarios. Van mucho más allá de dejar de comer simplemente por adelgazar. De hecho la elevada frecuencia de trastornos adicionales, que en algunos casos podrían ser la base para desarrollar la anorexia, parece ser la norma más que la excepción. Nos encontramos con personalidades complejas y extremas, estilos familiares disfuncionales, emociones perturbadoras, conductas resisten-

tes, autólisis, obsesiones, dificultades de interacción social, graves problemas biomédicos, poca adherencia y en fin, problemas extraordinariamente difíciles. La altísima prevalencia de trastornos de personalidad de base y otras alteraciones afectivas implican y requieren un análisis y un trabajo terapéutico especial. Por ello, quizás sea interesante enfocar la anorexia nerviosa más allá de la comida y más adelante se volverá sobre este punto.

Sociedad enferma

Este tipo de problemas requieren necesariamente una consideración cultural. Se utiliza el sentido adjetivo de “sociedad enferma” en la línea de la aseveración de Aldous Huxley, que comentaba que la ciencia médica había avanzado tanto, que prácticamente no existía nadie que estuviera sano. Por otro lado, que la sociedad genere condiciones para enfermar no es patrimonio de la sociedad contemporánea.

Como se dijo al principio, siempre han existido personas con anorexia, aunque fueran distintas las funciones de la autoinanición en estas anorexias históricas (desde la búsqueda de la santidad hasta la evitación de matrimonios inconvenientes). Por otra parte, el culto a la imagen tampoco es un fenómeno actual. Ya en la Grecia clásica el cuerpo desnudo del ateniense era una señal de buena salud, cultura y nivel de civilización. Solo han cambiado los valores ya que ahora la delgadez es síntoma de juventud, disciplina, atractivo, poder y seguridad. En definitiva estar delgado serviría para aumentar la probabilidad de tener éxito, según las reglas actuales y aunque en la antigüedad el modelaje corporal solo estaba al alcance de ciertas clases sociales, las tecnologías de la comunicación lo han universalizado. Para utilizar un término en boga, se han globalizado. Así, en las investigaciones iraníes sobre la prevalencia de anorexia nerviosa se han encontrado cifras que igualan (sino superan) las de sociedades occidentales. Así, a pesar de ser un país musulmán integrista y donde las mujeres van ocultas tras largos ropajes, el uso de pantalones tejanos, la enorme venta de ropa interior y la frecuencia con la que se someten a rinoplastias es absolutamente llamativa. Algo lógico si tenemos en cuenta que no hay país con tantos blogs anónimos como en Irán. Otro ejemplo clásico lo tendríamos en las islas Fidji, en el Pacífico, en la que antes de 1995 las mujeres eran piropeadas y halagadas con frases relacionadas con su orondez. De hecho, la frecuencia de personas obesas era, lógicamente, altísima. ¿Qué pasó a partir de 1995?: la tv hizo su aparición estelar inundando los hogares tradicionales y la prevalencia de los TCA (antes desconocidos) ha llegado a niveles idénticos a los americanos y europeos. El caso es que hay muchas oportunidades para reparar en tu cuerpo, para repararlo y para sufrir por él.

Y es que existen evidencias de cambios en los valores, entendidos como los horizontes en los que asentar o dar sentido a la existencia humana: la sabiduría como algo valioso ha dado paso a la imagen corporal. Hace tiempo que se re-

fuerzan los modelos de conseguir la perfección y según la prédica de la duquesa de Windsor, además estamos condenados a no conseguirlo y vagar por la vida siempre insatisfechos, pues *“nunca una mujer es demasiado rica o está demasiado delgada”*.

Y es que las señas de identidad de esta nueva sociedad iconográfica, basada en el miedo (como se ve en como nos generan continua incertidumbre con la prima de riesgo y con si habrá rescate o no), con la necesidad de combatir el fracaso, con las paradojas de ponernos mucha comida y en el estante siguiente muchos productos para adelgazar y con la enorme presión que se ejerce sobre la mujer, no dejan demasiado espacio para la serenidad. Está claro que vivir no es una tarea fácil, dado que, como diría Jaspers, siempre estaremos en polémica con una u otra cosa; desde buscar empleo en los tiempos que corren hasta lidiar con los asuntos de familia, amigos o peleando contra el cuerpo que estamos irremediablemente condenados a tener. La vida es inseguridad desde que se asume la libertad para vivir y eso implica que debemos estar listos para saber vivir y hacer frente a los conflictos que existen en nuestro mundo. Hacemos planes para tener éxito, según las rutas que nos marcan, pero los planes se rompen. De hecho se han roto desde el 2007 tantos millones de planes como de personas desempleadas (tanto por que no han alcanzado un trabajo como porque lo han perdido).

La delgada línea roja

En nuestro mundo, estamos sometidos a condiciones vitales semejantes, a ambientes reglados que elicitamos comportamientos semejantes. Pero existe una delgada línea roja que separa un seguimiento de reglas, valores y sentidos vitales sobre los que transitar de forma flexible a hacerlo de forma rígida, aunque no se vea con claridad (acaso porque es invisible o porque es difícil conocer nuestro punto de fractura psicológica hasta no haberte roto). Aprendemos a conducirnos según esas reglas que en general son útiles y adaptativas, pero a veces se tornan perniciosas cuando no soportamos la presión de vivir a su servicio porque no disponemos de la flexibilidad necesaria o de los recursos adecuados. En este tipo de situaciones es posible pasar de la perfección al perfeccionismo, de la incertidumbre a la angustia, de las reglas de vida sana al desarreglo de la anorexia, de ganar batallas con la comida a perder la guerra con la vida, de llevar el control a vivir a su servicio y de ser la hija perfecta a sentirse un fracaso. Y romperse es fácil; por eso solo el desconocimiento podría explicar en parte la estigmatización social de las personas con la vida rota.

Desconocimiento e incompreensión

Estos serían unos factores esenciales en la estigmatización. Todos participamos de una u otra forma en la poca comprensión con la que se despachan los problemas mentales, por eso iniciativas como este congreso deben saludarse con esperanza y compromiso. Porque el prejuicio del desconocimiento alienta el es-

tigma de las personas con una enfermedad mental y en particular con anorexia nerviosa.

Observamos el rechazo adulto: *“ella/él se lo han buscado”*, el rechazo de los padres: *“has destrozado nuestra vida”*, el rechazo de los compañeros: *“otra que quiere ser delgada como las modelos”*, hasta la evitación de algunos clínicos: *“no se puede curar”* (porque no sabemos como hacerlo). No es raro encontrar cierto desaliento en los clínicos; de hecho, la evidencia respecto a la eficacia de los tratamientos actuales para la anorexia nerviosa no es muy alentadora, en tanto en cuanto se reduzca a hacerles comer (aunque a veces no tengamos otra opción). Esto no debería tomarse como un fracaso sino más bien como un reto. Y esta incomprensión siempre será un perjuicio para las personas con anorexia. Tanto el escaso éxito en los tratamientos al uso como por las dificultades para elaborar una relación óptima, creativa, normalizada y afectiva son elementos clave en el mantenimiento del sufrimiento. Ha de señalarse, aunque sea obvio, que las personas con anorexia atraviesan situaciones extremas en las que es francamente difícil manejarse con éxito.

Responsabilidad

Se han repasado algunas cuestiones relacionadas con el estigma y con la incomprensión. Ahora podría ser el turno de hablar de la responsabilidad, pero en ningún caso con la consideración de culpa, sino más bien con su significado de responder, de dar satisfacción a un problema. El indudable esfuerzo de investigadores, clínicos y familias podría generar propuestas alternativas para entender a personas con anorexia nerviosa grave y refractaria, más enraizadas en la experiencia psicológica de si mismos que en la propia conducta alimentaria.

Un modelo comprensivo de la anorexia nerviosa podría ser el siguiente. La anorexia sería:

a. una forma de construcción psicológica de la persona, más que un problema con la comida.
b. una forma de defenderse de la complejidad de esto que es vivir, pues la evitación genera un alivio, aunque sea efímero.
c. una manera de alcanzar la ideonomía o sentimiento de excepcionalidad, de sentirse alguien especial.
d. una forma de agencia: dirigir la vida (familia, sanitarios), dado que suele ser reforzante tener cierto control sobre el mundo.
e. una forma de experimentar el cuerpo: el cuerpo como objeto/ el cuerpo inanimado/sentirse uno mismo a través de las medidas o delgadez/sentirse uno mismo a través de la evaluación de otros
f. subtipo egosintónico: cuyas características serían la presencia de déficit empático, desinterés social, estoicismo, falta de

sentido común, en definitiva sería sustancial el sentido de ser... “yo soy anoréxica”.

g. **subtipo egodistónico:** cuyas señas de identidad serían la necesidad de relaciones sociales, intensidad emocional (miedo, ira, vergüenza), búsqueda del placer, la diferencia con el subtipo anterior sería “yo tengo anorexia”, es decir, algo ajeno a mi...

La hipótesis central sobre el asunto psicológico esencial de la anorexia podría formularse a partir del énfasis en la imagen corporal frente a la focalización exclusiva en la conducta alimentaria. Así la AN podría ser una alteración de la experiencia de la corporeidad: el cuerpo como objeto. Para ser exactos, como objeto de mi conciencia reflexiva. La AN sería la experiencia de nuestro cuerpo como objeto percibido por mi y por los otros, no como la experiencia cinestésica o perspectiva en primera persona, es decir, como el esquema corporal que es inconsciente y auto-organizado como cuerpo vivo que se mueve e interacciona con el mundo. En algunas personas con AN, el cuerpo sería objeto continuado de la conciencia, de tal forma que se perdería la vivencia natural del cuerpo que se comporta de forma espontánea, para ser el foco continuado de la atención de uno mismo. Y es fácil por equivalencia funcional que se sienta como cuerpo-objeto para los demás. En palabras de Sartre sería el “*cuerpo-vivo-para-otros*”. Como se entenderá, el miedo puede llegar a ser espantoso y dado que vivir es difícil y que la AN parece un camino, entre otros, de transitar por la existencia podría verse que tiene de bueno. Es esencial ver que función psicológica tiene “ser una persona anoréxica”, porque ello permite entender las razones de esa huida y permite eliminar el rechazo. Por de pronto, la AN permite:

evitar la complejidad de relaciones sociales
evitar lidiar con las pasiones (deseo, amor, odio) debido a la anestesia propia de la caquexia.
soy delgada: evito el fracaso, porque la delgadez equivale a éxito
evito mi anterior “yo”: prefiero este “yo” que no puedan criticar
evito la angustia de tener que encontrar el sentido de la vida, sobre todo si ya se han perdido las referencias (formación, profesión, vocación)
evito el miedo a la libertad: se lo que tengo que hacer/lo que tengo que comer

No es casualidad que la AN debute en la adolescencia, período crítico donde los haya en la construcción del yo. Por eso esta forma de hacer la vida se convierte en el yo, en el rol clave y valioso que conforma la identidad personal y por ello

tampoco es de extrañar como acaba siendo algo que da sentido y orgullo a la vida de uno.

Pero solo es una ilusión, porque uno quiere salir de la cárcel del cuerpo social para meterse en la cárcel de la mente y del miedo no se puede escapar, porque siempre vivirás a su servicio y por tanto inundará la vida. Y porque las únicas estructuras sólidas como la familia se romperán. Además no se aprenden las reglas básicas para vivir en el mundo y este se vuelve contra ellas porque le estigmatizan, porque se ha perdido el sentido común, lo que tenemos de común con el mundo. Y por último, se deteriora de forma grave la salud: complicación cardiovascular, prolapsos, laceraciones del esmalte, hipertrofia de parótidas, enlentecimiento tracto digestivo, amenorrea, deformación física, lanugo, hiperactividad, ansiedad, depresión, hipocondría y muerte.

Pero es indudable que la construcción de la identidad personal pasa por el cuerpo con una relevancia inusitada, dadas las reglas es difícil hacerse cargo de ello. Hemos dicho en algún lugar que la tarea de construir y reconstruir el yo implicaría modelar el cuerpo y habría una equivalencia cultural entre cambiar el cuerpo y cambiar la existencia, por lo que se uniría el compromiso ético con el estético. Es decir, ya no se trata solo de desarrollar un carácter en base a valores, principios, intereses, reglas, relaciones, si no que los aspectos estéticos contribuirán de forma sustancial a nuestra identidad personal.

Y es que la vida es inseguridad desde que se asume la libertad para hacer una vida. Por eso sentirse una cosa y siempre la misma, puede ser una forma de lidiar con el miedo a enfrentarse al mundo.

Quizás la poesía, en este caso en forma de versos de la Princesa Inca, expliquen de una forma maravillosamente dolorosa como no sentir el cuerpo vivo es una manera de intentar escapar de ese miedo, aunque desgraciadamente sea un escape fugaz y por tanto una auténtica condena existencial...

*...y justo después, sólo un rato,
me siento más tranquila, más niña,
más libre, más piedra que persona,
más objeto que ser vivo,
y esa sensación de ser una cosa,
de ser papel o cartón o dibujo,
una hoja o la ventana que no abro,
me deja minutos de tregua,
porque son más libres las cosas que las personas,
libres de no ser más que esa misma cosa
y no tener que demostrar nada a nadie
más que su ser mismo...*

HUMANOS, SALUD, DERECHOS

JOAN GARCÍA

Radio Nikosia, Barcelona

En el fulgor de la era del rigor científico, la gestión técnica y pensamiento pragmático. En un estado social y democrático de derecho europeo. Aceptamos, con positivo interés y entusiasmo inquebrantable, la invitación a estas jornadas para hablar de derechos humanos, estigma y salud mental. Aparentemente son temas sin relación alguna, pertenecen a ámbitos de discusión distintos. Se dice que el indicador del grado de libertad y democracia de una sociedad se mide por el trato a las minorías y su capacidad para que no queden marginadas en el ejercicio y disfrute de sus derechos y libertades. Este es el nexo, discriminación.

Existe un grupo humano al que se le priva de sus derechos más básicos, una convención social en base a prejuicios, miedos e ignorancia no les reconoce su dignidad como personas, incluso hay una amplia aceptación y justificación del abuso para someterlos sin su consentimiento. Diríase que la actitud social reinante es que son subhumanos: más inútiles. sucios, peligrosos, fríos, insinceros, imprevisibles, y débiles que el resto de las personas. Incomodan, se les rechaza y evita en el trato. Sin relaciones personales afectivas, ni de apoyo, incompetencia laboral, sin ingresos, sin acceso a vivienda, a la cultura...pierden toda oportunidad importante en la vida, pues no son dignos de vivirla, por ser como son, como somos, unos enfermos mentales Es la parte oscura de lo social condenarlos, por mecanismos perversos, a la exclusión, que los aísla socialmente aumentando la desventaja socioeconómica, agravando así sus problemas hasta la pobreza, considerado éste un determinante de los trastornos mentales y viceversa. Una sanción social cruel y abusiva, si es por cuestión de salud. Y ¿quién garantiza los derechos civiles de estos enfermos ante la discriminación manifiesta que les impide una vida digna y los recursos para vivirla? Legislativamente sólo loables recomendaciones decorativas de organismos internacionales, sin valor normativo, sólo buenas intenciones aún no reguladas legalmente para reconocer y así exigir, con instrumentos y procedimientos jurídicos. Los derechos conculcados. Judicialmente sólo se trata la incapacitación y el ingreso involuntario, refrendando la actitud social. Parece bastante lógico puesto que un individuo con la mente enferma da pavor. Pero estos sobrecogedores dementes peligrosos, de mentes criminales, son loados y elevados a ocupar despachos, consejos de administración y de estado, por su idoneidad para tomar dolorosas decisiones para las vidas ajenas, que ejecutarán unos psicópatas con igual empatía con el sufrimiento ajeno. Pero yerran el tiro. Los enfermos mentales, que reciben el trato como tales, son en su mayoría víctimas. Personas que sufren los problemas de una vida en medios familiares o sociales abusivos. Cuando no puede aguantar una vida inaguantable, sin cohesión interna, el ser en precario solo ante el mundo, sufre la desintegración del ego, el pánico y la locura. Loco,

la gran palabra políticamente incorrecta, el diferente, el inadaptado, el disidente a un determinado orden, a la norma, el anormal. Su lugar: el manicomio, la otra gran palabra incorrecta. En un cosmético intento de proteger al socialmente alienado, se introdujo el termino políticamente correcto del enfermo mental, patologizando así el malestar subjetivo, y justificando toda anormalidad como ajena a los problemas familiares, sociales, económicos o existenciales. Se introdujo el principio humanitario de la no responsabilidad que, lejos de proteger, trae nuevas penalidades: menoscaba la autoestima, desacredita lo hecho o dicho, pues son divagaciones de un demente, la negación práctica de sus libertades cívicas, no tener un juicio justo por la eximente legal, la reclusión involuntaria,...

No comparto el entusiasmo de quienes creen que las connotaciones negativas, el famoso estigma, del concepto enfermo mental, desaparecerán con costosísimas campañas publicitarias y mejorando la educación, menos aún equiparándola a otras enfermedades como sida o diabetes. La negatividad devaluadora, inherente al término mismo, deriva de la convicción general de que tales sujetos no son responsables. Más que definir la patología que sufre una persona, resume una categoría de persona., la calificación más desacreditadora que puede imponérsele a una persona en la actualidad. Un término estigmatizante que cumple su verdadero objetivo, es infamante.

La inclusión de la locura en el campo de la medicina conllevó paradójicamente su alejamiento de ésta, y su conversión en una prestación de carácter especial, marcada por sus aspectos represivos y de defensa social. Compete al estado cuidar de los enfermos mentales, pues es la única enfermedad cuyo tratamiento es obligatorio, un deber político, pues son una carga para la comunidad, o representan un peligro público.

La normalidad organizada otorga al psiquiatra el poder para decidir lo que no es normal, etiquetarlo y castigarlo. Como el enfermo no está en condiciones de darse cuenta de que tiene un problema, el experto científico oficial del estado lo tratará con esmero, para beneficiar al paciente contra su voluntad. A la sociedad le viene muy bien el uso de la psiquiatría para desacreditar a ciertas personas.

Mientras sea posible llamar enfermo a todo aquel que no esté de acuerdo, siempre se podrá hacer caso omiso de lo que diga, no tendrá importancia, ya que la etiqueta que lleva tranquiliza al probar quién está en lo cierto. Evidentemente quien piensa de otra manera tiene algo en el cerebro que le impide razonar normalmente.

Una espada de doble filo que puede esgrimirse en nombre de cualquier filosofía política, pone en duda su científicismo, pues en su nombre se cometen los abusos más atroces. La complicidad de la psiquiatría con la autoridad es un metodo

de represión política, aún más eficaz que la tortura o la cárcel, ya que, además de poner a los disidentes fuera de circulación, desacredita todo lo que hayan dicho y hecho. Ya que el psiquiatra impunemente tiene el poder para: encarcelar a ciudadanos, sin un juicio justo, que pueden, o no, haber cometido actos delictivos; el empleo de la retención y el aislamiento, causa de trauma emocional grave, humillación, daño físico, e incluso la muerte; tratamiento obligatorio con métodos de contención radicalmente represivos, deshumanizantes, con resultados clínicos insatisfactorios y efectos secundarios importantes induciendo al daño neurológico, con pérdida de la memoria, la psicomotricidad, o la imaginación. Con el poder del ingreso forzoso en un hospital psiquiátrico, poco hospitalario más parece cárcel: con el ingreso registro y fiscalización de pertenencias y enseres personales, cacheo, etc., a cambio de un pijama, pérdida de identidad; enfermeros, que parecen carceleros, reciben con la advertencia de cumplir unas normas bajo amenazas, coacciones, chantajes, cambios sin aviso, ingesta forzosa de drogas sin información, que no curan sólo vegetalizan, electroshock si esto falla, psicocirugía, separados de la sociedad un tiempo, en ambiente cerrado, hipervigilado, de vida monótona, sin acompañantes, las visitas restringidas a la autorización expresa del psiquiatra, al igual que las comunicaciones con el exterior telefónicas o postales son filtradas e intervenidas, ausencia de intimidad, de vida sentimental, de expresión sexual, familiar, control del cuerpo, del pensamiento, económico, del espacio y del tiempo....sin honor, sin capacidad para decidir, sentir,....Llamarlo hospital sería una parodia de la realidad, centro de reclusión para intervención involuntaria, donde atentan contra la soberanía individual. Si es por orden judicial, que se prive de libertad en el lugar adecuado por problemas con la justicia, por salud es incompatible con los principios de una sociedad democrática y libre. El extremo es la consecuencia del principio de irresponsabilidad, la inimputabilidad judicial. Cuando se tiene que resolver judicialmente alguna situación que concierne a un enfermo mental, no se celebra juicio justo con todas sus garantías procesales y derecho a defensa, directamente se le puede encarcelar indefinidamente, al criterio arbitrario del psiquiatra, sin derecho a la presunción de inocencia.

Esta es la gran propuesta terapéutica: el manicomio, fuera de los muros de éste parece no existir tratamiento posible. Para la sociedad, es evidente, si tras una intervención médico-judicial son ingresados, despojados de sus derechos, y apartados de la sociedad, es que entrañan un peligro patológico-criminal, real o potencial, para la especie humana. Y los medios de comunicación fomentan el mito relacionando enfermo mental y criminalidad, que la medicación lo mantiene dócil, y su ausencia se manifiesta irremediablemente con violencia sádica, la versión ibérica del cuchillo jamonero es para dar pánico, sobre todo a la familia sus víctimas preferidas.

Pura falacia, estadísticamente es público que el índice porcentual de delitos con violencia es mucho menor entre la población diagnosticada comparada con la

de la mayoría normópata. Es una forma habitual de manipulación por parte del poder que siempre le funciona, ante la injusticia social, las carencias, la insatisfacción, la explotación que sufre la ciudadanía, dirige la ira social contra aquellos que puede despreciar.

De igual forma los medios hacen popularmente creíble que la psiquiatría es científica, garante de la paz social es útil para detectar y desactivar locos asesinos, que tiene muchos psicofármacos eficaces, que se avanza hacia una psicofarmacología más específica, que está demostrado el fundamento genético de la esquizofrenia, etc. Abonan la creencia popular en la Psiquiatría como ciencia médica que trata las enfermedades mentales.

El complejo mundo de la psiquiatría es el heredero directo de las casas de confinamiento para marginados, donde bajo tortura se cultivaba la disciplina y el amor al trabajo, de locos y anormales, que sin empleo vivían de la mendicidad en la ociosidad, fuentes de todos los desordenes (disorders, ¿os suena?) indeseables en las ciudades burguesas europeas. Los ideales humanistas de la revolución francesa llevó a cambiar a los controladores sociales, los sádicos, por médicos para encubrir mejor la tortura, ahora tratamiento, en los asilos, ahora hospitales para marginados, ahora pacientes. Por ésto debían tratar enfermedades, y no pecados o defectos ético-morales. La enfermedad mental sólo es una metáfora de la insensatez. La psiquiatría, como nueva profesión, se fundó sobre la suposición del origen orgánico de las perturbaciones mentales. Admitido sin pruebas, este postulado se elevó a axioma, hasta el dogma, que evitó que se introdujera la subjetividad en su estudio Busca el origen del malestar emocional en lo objetivo, en lo somático, es el absurdo cognitivo de reducir una persona a su cuerpo. Para el biorreduccionismo, la familia, la historia, el abuso, la guerra, el maltrato, los derechos humanos y el trauma psicológico, pasan a un segundo plano, y lo único que le interesa al hombre de ciencia es descubrir el gen anómalo, el neurotransmisor equívoco, el equilibrio bioquímico. Si la ansiedad, el pánico, la depresión, las adicciones, las fobias, las manías, las obsesiones, las compulsiones,...son resultado de una biología anormal, el contenido humano y existencial de estas experiencias se vuelve irrelevante. Tu biología es tu destino.

Presentan esta doctrina con toda su sofisticación científica, como un asunto aparentemente complicado, con todo su armamento de genética, neurología y taxonomía nosológica, inversiones millonarias en los últimos 50 años, y la misma psiquiatría reconoce que en la actualidad las investigaciones aún tienen que identificar causas biológicas específicas para cualquiera de estos trastornos, son entidades biomédicas de etiología desconocida. Por ello se clasifican en base a síntomas al no existir pruebas de laboratorio, ni signos biológicos. Es lo que pasa cuando se quiere literalizar una metáfora..

Es un hecho, no reconocido, que los psiquiatras son los únicos médicos que tra-

tan trastornos que, por definición, ni tienen causas ni curas conocidas. Las enfermedades mentales, objeto de estudio, ¿existen?, ¿qué es la mente?, ¿dónde está? ¿¡Cómo puede enfermar!?. Al no ser la mente un órgano anatómico sólo puede enfermar en sentido figurado. Todavía es un concepto sin coherencia, carece de unidad cognitiva y profesional al respecto, científicamente imprecisa, con diversas clasificaciones de trastornos y diversas psiquiatrías, modelos, terapias,...la misma psiquiatría parece desorientada. Todavía es una construcción sociológica, un paradigma artificial arbitrario, basado en suposiciones justificadas por una lógica inadecuada. Aún así, como el loco no tiene conciencia de la enfermedad, involuntariamente, por su propio bien, estos cuerdos tan racionalmente científicos le aplicarán su psicoterapia, su farmacoterapia y su electroterapia, que funcionan más o menos, sin saber muy bien ni cómo ni por qué, en base a un amplio espectro de suposiciones bioquímicas, no confirmadas. La gran farsa de la psiquiatría, parodia la medicina, pero su objetivo no es curar, sino normalizar, insertar, al orden social de referencia, a quien señala como anormal, por su dificultad para adaptarse a los valores políticos, familiares, sociales, morales,.. de la conducta mayoritaria aceptable. Patologiza la diferencia, la vida cotidiana, psiquiatriza el malestar. Fuente de poder, prestigio e ingresos, sin pensamiento crítico, menosprecia la dignidad del enfermo entre los muros del manicomio y el estigma social, con criterios psicopatológicos contruados hace 200 años, que desprecia la reflexión, con una praxis indiscutible por su autoridad superior, receta indiscriminadamente píldoras para el agobio inespecífico, y consejos para alcanzar esa bienaventuranza llamada salud mental o, al menos te controlará enseñándote la forma correcta de vivir con tal salud.

Extraños médicos, que dicen ejercer la medicina, aunque de modo curioso, pues jamás tocan a sus pacientes, ni aquejados de algo físico los examinarán, recurrirán a un médico no psiquiatra. Irresponsables ante su juramento de no hacer daño.

Todos los tratamientos causan daño, lesivos directa o indirectamente por los efectos secundarios, tanto física como psicológicamente. Desde su inicio, con los apologistas de la violencia, maestros de la tortura, nunca se ha correspondido el concepto terapéutico con tratamiento psiquiátrico. La privación de libertad ¿es terapéutica? y ¿la tortura?¿la lesión cerebral?..En general, suele ser peor el remedio que la enfermedad. En medicina se usan medicaciones, compuestos farmacéuticos, para solucionar un problema de salud y restituirla, en psiquiatría no curan, ni producen un efecto específico .Sólo se pretende inducir una conducta pasiva y dócil, a través de neurotóxicos psicofármacos castrantes altamente estupefacientes y adictivos; eficaces para doblegar voluntades se usan para el control social, como forma de castigo, medida de contención y coacción en instituciones para retrasados, manicomios, asilos, centros de menores, prisiones... para amansar animales, por su incapacitación neurológica generalizada que detiene las conductas o emociones que disgustan a los otros e incapacitan

a la persona para sentir.

Afirman que poseen eficacia probada al mejorar diversos trastornos mentales, avalando sus hipótesis dopaminérgicas, serotoninérgicas, etc. Sólo reducen la excesiva actividad electroquímica por parte de la amígdala del cerebro, con igual eficacia que hacer deporte, etc. Aunque niños y ancianos son más obedientes y sumisos. Antipsicóticos, antidepresivos, ansiolíticos, estabilizadores del ánimo, sólo son paradigmas de la psiquiatría, que le dan valor a términos que no lo tienen. Cada uno ineficaz en lo que pretende: ni psicosis, ni depresión, ni ansiedad, los últimos son antiepilépticos de los que no hay ninguna evidencia para estabilizar el ánimo. Sorprendentemente, los psiquiatras, muy pocos lo saben. Pero lo peor, incluso cuando se muestran los datos se niegan a aceptarlo, tomando decisiones inapropiadas que no promueven el beneficio de sus pacientes. Sólo empeora el estado físico y mental del paciente al descompensar la química de su organismo y producir fármacodependencia. Esto no es curación.

Sin duda, la mayoría de psiquiatras lo hacen con las mejores intenciones, convencidos de que es un procedimiento médico para tratar una enfermedad, como el electroshock, las pruebas que aportan las investigaciones realizadas, es un ejemplo actual de un proceso histórico de las teorías simplistas que se utilizan para presentar unos tratamientos punitivos y perjudiciales como beneficiosos para los dementes. Otro inútil y erróneo intento del pasado por intimidar y producir un shock en los pacientes angustiados, y de este modo devolverles la cordura. Para quienes prescriben tratamiento reconocer el riesgo de muerte, o el verdadero alcance de los daños cerebrales es prácticamente imposible, ya que expondría a la condena moral y a graves consecuencias legales. En otras ramas de la medicina, cualquier tratamiento con un desequilibrio tan abrumador entre los riesgos y los beneficios que comporta, se consideraría que no es ético, y sí los profesionales implicados se negaran a regularlo, se convertiría en ilegal. No niego la buena intención, no saben más, lo hacen lo mejor que pueden, pero...la diferencia entre un asesinato y un homicidio, es la intención, pero a la víctima le da lo mismo.

Sufrir tanto riesgo, injusticia, y crueldad, en el tratamiento con el enfoque científico adecuado en base a un diagnóstico, de lo que supuestamente son síntomas objetivos de una enfermedad crónica e incurable, que el paciente cree identificada con precisión, y perderá su rol en la vida, trágicamente, separado de su papel social condicionando el resto de su existencia. En las actuales circunstancias se hace un uso insensible de las categorías diagnósticas, insultos psiquiátricos, que enturbian aún más la situación. Sí la llamada terapia ayudara bastante, ¿podría merecer la pena la pérdida de la dignidad, los problemas creados por el estigma a todos los niveles, para toda la vida, por un diagnóstico psiquiátrico?.

Los diagnósticos médicos, en general, son definitivos. En psiquiatría son des-

criptivos, al no tener una patología objetiva. ¿Siempre es el diagnóstico correcto? ¿Tiene validez uno diferencial? El psiquiatra encuentra lo que se ajusta a su creacionismo, su simulacro de enfermedad mental, no realidades. Medicaliza las reacciones humanas de la persona ante situaciones altamente traumáticas, para enmascarar los síntomas con la medicación, invalidando sus capacidades y recursos de salud, y su potencialidad creadora ante el conflicto y el sufrimiento, neutralizando las diferencias y particularidades. Reduce la complejidad de los problemas vitales a cuestiones de orden médico o psicológico, centralizando en la persona la causa y el tratamiento del malestar, desestimando los determinantes sociales de la salud mental, y la intervención política y comunitaria sobre los mismos.

Al insistir en crear la enfermedad mental, la psiquiatría debe ajustarse al modelo médico, el contrato paciente-sociedad, que da por sentado que el paciente no es responsable de su enfermedad, una vez contraída ésta no es responsable de sus consecuencias. En el proceso patológico, los síntomas quedan fuera del control del paciente, hasta su remisión. Por esto, el concepto de la enfermedad mental incluye, obligatoriamente, la no responsabilidad de los síntomas, como parte de la enfermedad, al igual que una física. El diagnóstico médico es el que atribuye la irresponsabilidad al paciente, el que etiqueta a una persona como enfermo mental sin remisión, al considerarlo incurable y, por lo tanto, crónico. Más que médica, es retórica del rechazo justificatoria, vocabulario pseudomédico que fabrica estigmas, y en sus pseudohospitales crea enfermos mentales incapaces de valerse por sí mismos.

Más que explicar científicamente actitudes y comportamientos personales, que por el motivo que sea se consideran inadecuados, los valora, los justifica, y decide negarle la libertad de actuar, utilizando términos como sano, o enfermo. En lugar de analizar el comportamiento en términos de libertad y responsabilidad, en el ámbito de la elección personal, del ejercicio de los propios derechos y del respeto a los ajenos.

No se reconoce más dignidad a las personas, ni se las trata de forma más humana, por el hecho de negarse a considerarlas responsables de sus actos. Se cuestiona a la persona en su totalidad, su ser, no simplemente un acto concreto, que pasará a ser percibido como un mero síntoma, o señal de la personalidad enferma según un diagnóstico la clasifica dentro de un tipo particular de personas anómalas, y las causas de sus actos fuera de su control. Se considera peligrosa a una personalidad, desde presupuestos psiquiátricos, aunque penalmente no sea culpable, al no ser dueña de sus actos, que es lo único punible. Discurso que ha calado hondo.

Desgraciadamente, lo que nunca se cuestiona es ¿porqué la psiquiatría habla de trastornos?, nunca de enfermedades, o no hay evidencia que demuestre clara-

mente su validez como tal, con un examen diagnóstico fiable que lo distinga de la persona sana, neuroquímicamente medido, para restituir la salud mediante la corrección por medios psicofarmacológicos.

Sin rodeos, la enfermedad en abstracto no existe. Una verdadera enfermedad debe detectarse en una autopsia, y cumplir con las definiciones de patología, en lugar de ser decretada por votación o consenso de los miembros de asociaciones profesionales. Si no existe una lesión física, no hay enfermedad que tratar: si no hay paciente voluntario, no hay paciente que tratar. Los tratamientos psiquiátricos, aunque bajo correctos auspicios médicos, no son verdaderos tratamientos. Los psicofármacos, el electroshock, la psicocirugía,... sólo son castigos, controles sociales, torturas, envenenamientos, mutilaciones cerebrales, encarcelamientos... a personas que, incoherentemente, ¡deben de ser conscientes de esta enfermedad!.

No digo que no haya personas con problemas emocionales o psicológicos, o descalificar toda psicoterapia. Sólo manifiesto que hay que reflexionar sobre el origen de los problemas, su carácter de enfermedad, sobre las opciones legalmente existentes para manejarlos. Hay muchas formas de ayudar a las personas, que experimentan graves crisis mentales y emocionales, etiquetadas con una discapacidad psiquiátrica, que merecen elegir libremente entre otras alternativas para su recuperación.

Empecemos con la aceptación, sin miedo, de palabras malditas, pero más humanas: locura, paranoia, delirio, etc. La locura existe, es humana, puede ser un viaje necesario, o una salida que el organismo inventa para sobrevivir a situaciones inhumanas, o un intento de resolución ante una situación de jaque mate social,...un momento difícil que, antes que aplastado o invalidado, mejor que sea entendido por todos antes de ser atendido. Ni en el mejor de los mundos dejará de haber sufrimiento y dolor. Para que la locura no inflija un castigo superior al necesario, se requiere socialmente un esfuerzo titánico. Primero hay que cambiar la actitud en los agentes protagonistas: el judicial, la familia y, el principal responsable en el proceso, la psiquiatría. Reconocer la ignorancia, no etiquetar, y empezar a ayudarnos, a entender como tratar a la gente con problemas, y a la gente problemática, cuáles son los problemas reales a los que enfrentarse, fuente de sufrimiento. Descartar que el problema emocional surja de uno físico, para luego tratar los problemas personales y emocionales que le agobian, Para un, indispensable, diagnóstico, sin términos raros y técnicos, justo. El sufrimiento de un ser humano no es un estado, sino una relación con el mundo y con los demás. Escuchar. No dejarse guiar acriticamente por los protocolos. Escuchar. Antes de atender, entender. Comprender y aceptar la descripción de la realidad que le da el paciente. Escuchar. Respetar al paciente, evitando y resistiéndose al abandono en favor de la familia o la sociedad. Consensuar el diagnóstico, evitando lo inadecuado o indeseable, respetando el criterio del paciente. Escuchar.

Darle al paciente lo que necesita y no lo que pide. Sin paternalismos incapacitantes. Otra psiquiatría humana, humanista y humanizadora. Sólo cuando se deje libertad para enloquecer, desaparecerá el miedo a la locura. Sólo cuando ante conflictos o crisis, el empeño sea ayudar a reconstruir el propio yo, desaparecerá el estigma que genera el buscar ayuda profesional. Buscar un nuevo concepto de locura.

Ante la práctica, altamente compleja que supone, se debe difundir, y facilitar el conocimiento del marco legal. Como medio que asegure una práctica profesional, ética y comprometida con la defensa de los derechos de las personas diagnosticadas.

Por su dignidad, por el respeto a su capacidad de decidir e implicarse en todo aquello que le concierne en el proceso. Cuestionar las medidas restrictivas, no es terapéutico limitar la autonomía, privar el derecho a la libertad, incomunicar, o aislar. Hacer todo lo posible para evitar el ingreso involuntario, de carácter extraordinario velará por la dignidad y el respeto de la persona, con todas las garantías, el tratamiento ha de contar con el consentimiento informado, bien informado, del paciente, no un mero trámite. Cumplir el deber de confidencialidad, incluso del menor, pactar la información necesaria y pertinente que deba transmitirse, los destinatarios y los motivos; por la dignidad que le corresponde como ser humano y por los derechos que de ello se derivan. La incapacitación éticamente correcta, sólo es aquella que realmente puede mejorar la protección de la persona. Aunque pudiera parecer de hipocondríacos, aceptación de las voluntades anticipadas, para los casos en que el tratamiento puede poner en peligro la vida, la integridad física o psíquica de la persona afectada.

Aceptar que, mediante un trato humanitario, gente severamente trastornada puede mejorar, e incluso recuperar la cordura.

Actualmente, ante la inquietante locura, las autoridades sólo nos dan medicamentos que nos desconectan y nos hunden todavía más en la oscuridad, así sólo vemos el lado oscuro del sufrimiento convertidos en zombis extraviados. Vista la trayectoria, métodos y objetivos institucionales en salud mental, respecto a los derechos humanos. Aliémonos por la salud y la felicidad, declaremos que la libertad es terapéutica, la autogestión más. Para el sufrimiento humano lo saludable es abrir un horizonte, y no solo pastillas.



DIPUTACIÓN DE ALMERÍA



UNIVERSIDAD DE ALMERÍA

