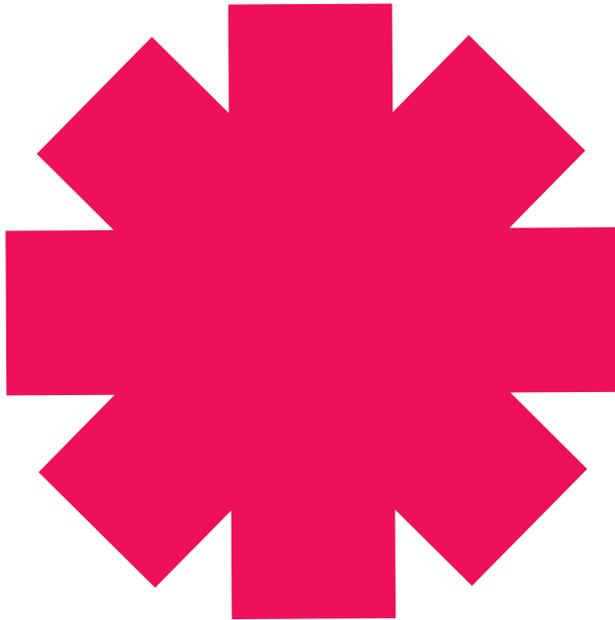


**EL ESTIGMA Y LA
DISCRIMINACIÓN
EN SALUD MENTAL**

en Cataluña 2016



**EL ESTIGMA Y LA
DISCRIMINACIÓN
EN SALUD MENTAL**

en Cataluña 2016

Nos es literalmente imposible dar las gracias personalmente a toda la gente que ha participado en este estudio y lo ha hecho posible, ya que han sido centenares de personas, y muchas lo han hecho anónimamente. A todas ellas, gracias.

Queremos también agradecer a todas las entidades que han colaborado, y nos han facilitado espacios y contactos.

Entre otras, son [ACFAMES](#), [Activament](#), [AFAMMEBAN](#), [AFEMHOS](#), [Altaia](#), [Ammfeina](#), [AREP](#), [Benito Menni](#), [Complex Assistencial en Salut Mental](#), [Centre d'Higiene Mental les Corts](#), [Centre d'Higiene Mental Nou Barris](#), [Centre Educatiu i Terapèutic Carrilet](#), [Centre L'Alba](#), [Centre Mèdic Psicopedagògic d'Osona](#), [Club Social La Muralla](#), [Comissió Mixta de Girona](#), [Consorti de Salut i Social de Catalunya](#), [Cooperativa Aixec](#), [Coordinadora de Salut Mental de Terres de Lleida](#), [Coordinadora de Salut Mental Tarragona-Terres de l'Ebre](#), [CSMA Sant Andreu](#), [CSMIJ NOU BARRIS](#), [Família i Salut Mental de Girona i Comarques](#), [Federació Salut Mental Catalunya](#), [Federació Veus](#), [Fòrum Salut Mental](#), [Fundació DRISSA](#), [Fundació Eulàlia Torras de Beà](#), [Fundació Salut i Comunitat](#), [Fundació Vidal Barraquer](#), [Grup Atra](#), [IMET](#), [Institut d'Assistència Sanitària](#), [Institut Pere Mata](#), [La Unió Catalana d'Hospitals](#), [Ondara Sió](#), [Salut Mental La Noguera](#), [Salut Mental Pla d'Urgell](#), [Salut Mental Ponent](#), [Salut Mental Sabadell](#), [Sant Joan de Déu](#), [Sant Pere Claver](#), [Sol del Solsonès](#), [Suport Castellar](#) y [UME Institució Balmes](#).

ÍNDICE

PRÓLOGO		8
INTRODUCCIÓN		10

1. CARACTERÍSTICAS ATRIBUIDAS A LAS PERSONAS QUE TIENEN UN TM | 14

1.1	La inestabilidad permanente		18
1.2	La impredecibilidad		19
1.3	La peligrosidad / agresividad		20
1.4	La vagancia		22
1.5	La inteligencia / genialidad		23
1.6	El aplanamiento afectivo / retrainamiento social		25
1.7	La cronicidad		26
1.8	La fragilidad		28
1.9	La incapacidad / dependencia		30
1.10	La extravagancia		32
1.11	Déficit cognitivo		34
1.12	El contagio / contagio social		35
1.13	La falacia de la causa única		37



2. LA AUTOATRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS CON CONNOTACIONES NEGATIVAS: AUTOESTIGMA | 38

- 2.1 La etiqueta diagnóstica como eje de la autopercepción | **40**
- 2.2 Las atribuciones del entorno social cercano como eje de la autopercepción | **42**
- 2.3 Comparativa entre el estigma social y el autoestigma | **43**

3. EL TRATO DISCRIMINATORIO | 44

- 3.1 El miedo | **47**
- 3.2 El maltrato | **50**
- 3.3 El estigma anticipado | **56**

4. GESTIÓN DEL ESTIGMA: OCULTAMIENTO Y REVELACIÓN DEL TM | 58

5. LOS MOTIVOS DE LA DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON TM | 64

- 5.1 La percepción del TM anclada en la época manicomial | **65**
- 5.2 Los medios de comunicación | **67**
- 5.3 La falta de conocimiento e información sobre el TM | **69**
- 5.4 La dicotomía salud física / salud mental | **71**

6. CONCLUSIONES DEL DOCUMENTO MARCO | 74

7. CONCLUSIONES DE LOS DOCUMENTOS ESPECÍFICOS | 82

- 7.1 El estigma y la discriminación en el ámbito educativo | **83**
- 7.2 El estigma y la discriminación en el ámbito laboral | **87**
- 7.3 El estigma y la discriminación en el ámbito familiar | **95**
- 7.4 El estigma y la discriminación en el ámbito de la pareja | **99**
- 7.5 El estigma y la discriminación en el ámbito sanitario | **105**
- 7.6 El estigma y la discriminación en las relaciones sociales | **112**

CRÉDITOS | 117

El estigma y la discriminación afectan de manera negativa a muchas personas con trastorno de salud mental en todos los aspectos de la vida. Las consecuencias son importantes en términos de proyecto vital. En nuestro país, la lucha contra el estigma y la discriminación estaba incorporada en la tarea diaria de muchas personas y organizaciones. Ahora bien, faltaba una iniciativa que diera cobertura a todo el trabajo realizado, que facilitara la tarea de generación y diseminación de aprendizajes y que, a través del *marketing* social y de la experiencia en primera persona, trabajara para conseguir cambios reales en las actitudes y los comportamientos de la población respecto de las personas con problemas de salud mental.

Con esta voluntad, nació en diciembre de 2010 Obertament. Lo hizo de la mano de los principales agentes del sector de la salud mental en Cataluña. Por primera vez, personas afectadas en primera persona, familiares y proveedores de servicios, con el apoyo del conjunto de administraciones públicas catalanas y de la Obra Social «la Caixa», se pusieron de



acuerdo para desarrollar un proyecto común y ambicioso a largo plazo.

Desde entonces y hasta hoy, se ha efectuado un intenso trabajo de puesta en marcha: hemos formado más de 170 activistas contra el estigma en seis poblaciones de Cataluña; más de 3.500 personas han recibido acciones de sensibilización; hemos apoyado 24 proyectos locales de lucha contra el estigma; hemos desarrollado varios *kits* metodológicos, y hemos hecho que cientos de miles de catalanes reciban los impactos de los testimonios de los portavoces en primera persona, así como de los mensajes de las campañas de *marketing* social.

Pero Obertament no solo está actuando de elemento catalizador de la lucha contra el estigma, sino que también se ha preocupado por generar un cuerpo de conocimiento. La orientación a resultados y a medir el impacto nos empujaron a buscar la colaboración del Departamento de Salud para que midiera de forma periódica, a través de la

Encuesta de Salud de Cataluña, el nivel de estigmatización de la sociedad catalana. Gracias a esta colaboración, hoy sabemos que los catalanes declaran tener mejores comportamientos respecto a las personas con trastorno mental que cuando se inició Obertament.

Con esta investigación, hemos dado un paso más. Queríamos entender la experiencia de discriminación vivida por las personas con trastorno de salud mental en Cataluña, para que nos ayudara a identificar qué formas adopta el estigma en los diferentes ámbitos vitales de las personas. Este conocimiento nos ayudará a focalizar nuestros esfuerzos en los próximos años.

Queremos dar las gracias a los cientos de personas y organizaciones que han participado en este extenso estudio. Sin ellas, no habría sido posible. Esta participación es un muy buen indicador del compromiso existente con la lucha contra el estigma y la discriminación en nuestro país.

PRÓLOGO

Este es el documento marco de la investigación *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña* que tiene como objetivo analizar el estigma y la discriminación en salud mental. Concretamente, en este documento se analizarán las diferentes formas en que opera el estigma y la discriminación que sufren las personas con un TM en Cataluña.

Esta investigación se ha llevado a cabo mediante la combinación de metodologías cuantitativas y cualitativas. Durante la fase cualitativa, se han realizado 14 grupos focales a: personas con un trastorno mental (5 grupos), familiares (2 grupos), profesionales de la salud mental (2 grupos), profesionales de la salud (1 grupo), personal de recursos humanos y contratación (1 grupo), profesionales de la educación (1 grupo) y jóvenes (2 grupos). En total, se han entrevistado 112 personas.

Para implementar la metodología cuantitativa, se ha elaborado un cuestionario a partir del análisis de los resultados obtenidos en los grupos focales y a partir de fuentes secundarias. En total, se han recibido un total de 967 cuestionarios válidos administrados a personas que viven o han vivido un TM a lo largo de su vida. Los datos obtenidos aportan unos resultados con un nivel de confianza del 95,5 % (2 sigma) y un error máximo admisible de 3,44 % bajo el supuesto de máxima varianza ($p = q = 0,5$).

Las personas con TM han recibido históricamente un trato deshumanizador y discriminatorio, por lo que la sociedad tiene una deuda con ellas. En la actualidad, aún continúan prácticas que las estigmatizan y discriminan que se deben eliminar. En este contexto, esta investigación se orienta a conocer e identificar aquellos aspectos negativos que merman la calidad

de vida y las oportunidades socioeconómicas a las personas con un trastorno mental.

Es muy importante remarcar que el objetivo de este documento, así como el de todos los documentos de la investigación *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña*, es:

Explorar e identificar los aspectos que están relacionados con el estigma y la discriminación que sufren las personas con un trastorno mental.

Por lo tanto, aunque a continuación se expondrán un conjunto de prácticas y formas de hacer que redundan en la estigmatización y la discriminación de este colectivo, vale la pena poner de manifiesto que estas prácticas estigmatizadoras no son las únicas que se dan en las relaciones entre las personas con un TM y la sociedad.

Esta investigación no tiene por objetivo culpabilizar a ningún colectivo, sino poner de relieve un conjunto de elementos clave sobre los que hay que incidir. La lucha contra el estigma necesita, obligatoriamente, el trabajo y la actuación conjunta y coordinada de los diferentes agentes sociales. Por este motivo, la investigación presente debe servir para trasladar a la agenda política y social la necesidad de transformar ciertas prácticas sociales y concepciones socialmente hegemónicas en relación con la salud mental.

Finalmente, la investigación *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña* está constituida por un documento marco de la percepción de la salud mental y seis documentos específicos referentes a los siguientes ámbitos: ámbito educativo, ámbito laboral, ámbito familiar, ámbito de pareja, ámbito de la salud y ámbito de las relaciones sociales.

INTRODUCCIÓN

« Yo lo que creo es que hoy en día la sociedad tiene miedos, tiene fobias y esto afecta mucho al tema mental, que es una fobia durante muchos siglos. Es tabú, es un tabú, es como un tabú, esto, para la sociedad»
(O.a)

Según el DSM-V un trastorno mental (TM) es «un síndrome caracterizado por una alteración clínicamente significativa del estado cognitivo, la regulación emocional o el comportamiento de un individuo, que refleja una disfunción de los procesos psicológicos, biológicos o del desarrollo que subyacen en su función mental. Habitualmente, los trastornos mentales van asociados a un estrés significativo o a una discapacidad, ya sea social, laboral o de otras actividades importantes» (DSM-V, 2014).

La definición que ofrece la comunidad científica en torno a los TM pone de manifiesto la enorme complejidad y diversidad de trastornos que engloba este concepto. Esta complejidad se convierte, para el conjunto de la sociedad, en un reto a la hora de comprender qué son los trastornos mentales y, sobre todo, cómo son las personas que tienen un TM.

Para hacer frente a esta complejidad social, las personas solemos recurrir a una estrategia que nos permite reducir el gasto cognitivo que supondría tener que analizar todas y cada una de las situaciones sociales con que nos encontramos en la vida cotidiana. Según Mary Douglas (1986), hay formas colectivas y preestablecidas de clasificar el mundo sobre las que no nos preguntamos, que

LOS ESTEREOTIPOS
CONSTITUYEN
UNA ESTRATEGIA
EFICIENTE PARA
CATEGORIZAR LA
INFORMACIÓN
SOBRE LOS
DIFERENTES
GRUPOS SOCIALES

nos sirven para realizar clasificaciones durante nuestra vida cotidiana y nos permiten ahorrar energía cognitiva. De este modo, nos evitamos tener que analizar todas y cada una de las situaciones con las que nos encontramos. Esta clasificación del mundo constituye una «agrupación social legitimada», naturalizada, que nos ofrece una interpretación del mundo rápida y sencilla.

Esta estrategia es conocida como **proceso de etiquetado social o estereotipo**. Siguiendo Muñoz (2006), podemos definir los estereotipos como estructuras de conocimiento aprendidas socialmente que representan el acuerdo generalizado sobre lo que caracteriza a un determinado grupo de personas.

Los estereotipos constituyen una estrategia eficiente para categorizar la información sobre los diferentes grupos sociales. Son «eficientes» en la medida en que nos permiten generar, rápidamente, impresiones y expectativas sobre las personas que pertenecen a una determinada categoría social. Así, atribuir ciertas características a las personas que forman parte de un mismo grupo social produce una simplificación de la realidad y nos permite comprenderla más rápidamente. Cuando nos encontramos con una persona se activan, automáticamente, los estereotipos que hemos construido alrededor de la categoría a la que pertenece. Obviamente, estas simplificaciones contienen muchas inexactitudes y no se corresponden con la realidad de las personas sobre las que recae el estereotipo. A pesar de ello, eliminar los estereotipos se convierte en una tarea compleja, precisamente por la función que juegan a la hora de ayudarnos a interpretar de forma «eficiente» —con bajo gasto cognitivo— el mundo que nos rodea.

Tajfel (1972), a su vez, llamó **categorización social** al proceso mediante el cual ordenamos el entorno en

categorías. Este proceso de categorización social conlleva atribuir de forma ilusoria rasgos y características comunes a todas las personas que forman parte de una misma categoría. Igualmente, contribuye a la creación exagerada de diferencias entre personas pertenecientes a categorías sociales diferentes.

En este capítulo, exploraremos cuáles son los estereotipos que se atribuyen socialmente a las personas con TM. Es decir, qué características, rasgos, aptitudes o comportamientos se les atribuyen por el hecho de tener un TM. Asimismo, veremos cómo la asunción de estas ideas, es decir, el hecho de etiquetarlas, no solamente provoca que ciertas concepciones sean socialmente hegemónicas, sino que estas ideas nutren también, a su vez, las conductas, los comportamientos y las formas que tenemos de relacionarnos con este grupo social. Los estereotipos que proyectamos sobre las personas que tienen un TM suelen reflejarse en nuestros comportamientos los cuales, por consiguiente, tienden a ser discriminatorios y estigmatizadores.

Por último, se rastreará cuál es el grado de asunción de los estereotipos por parte de las propias personas con TM. El autoestigma se produce cuando las personas que tienen un TM asimilan los estereotipos socialmente dominantes y se los apropian, de forma que se aplican estos estereotipos negativos a sí mismas.

LOS ESTEREOTIPOS QUE PROYECTAMOS SOBRE
LAS PERSONAS QUE TIENEN UN TM SUELEN
REFLEJARSE EN NUESTROS COMPORTAMIENTOS
LOS CUALES, POR CONSIGUIENTE, TIENDEN A SER
DISCRIMINATORIOS Y ESTIGMATIZADORES

1.

CARACTERÍSTICAS ATRIBUIDAS A LAS PERSONAS QUE TIENEN UN TM

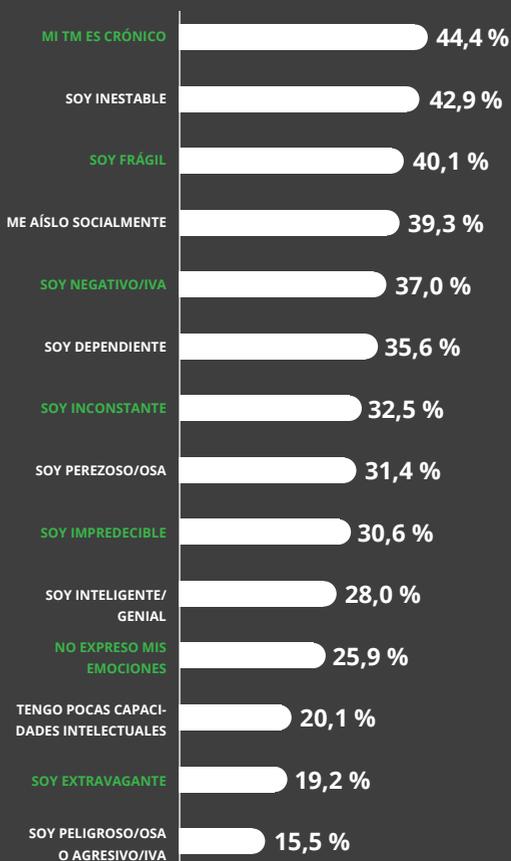
El conjunto de grupos de discusión desarrollados ha permitido extraer una lista de las características o rasgos que se atribuyen habitualmente a las personas que tienen un TM. Para conocer cuál es el peso con el que socialmente se atribuyen estas características a las personas con TM, se ha incluido esta lista en el cuestionario. Veamos, a continuación, en qué grado las personas con TM consideran que les atribuyen estas características.

El gráfico 1.1. muestra un conjunto de características que socialmente se suelen atribuir a las personas que tienen un TM. Un 76,6 % de las personas encuestadas afirman que se les ha atribuido frecuentemente alguna de estas características por el hecho de tener un TM.

Casi la mitad de las personas con TM (44,4 %) manifiestan que la sociedad les ha atribuido frecuentemente que su TM es crónico, es decir, que no remitirá. La inestabilidad (42,9 %), la fragilidad (40,1 %) y el aisla-

GRÁFICO 1.1.

¿Te han atribuido las características siguientes por el hecho de tener un TM?



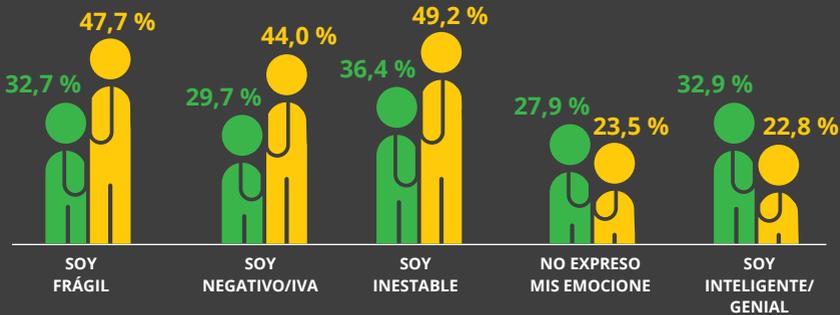
miento social (39,3 %) son otras de las características que se atribuyen sobre todo a las personas con TM.

En cuanto a las diferencias observadas entre los hombres y las mujeres, se aprecia una tendencia generalizada a atribuir estas características más a las mujeres que a los hombres.

El gráfico 1.2. recoge únicamente aquellas características en las que se observan diferencias entre hombres y mujeres.

GRÁFICO 1.2.

Te han atribuido las características siguientes por el hecho de tener un TM? (según sexo)



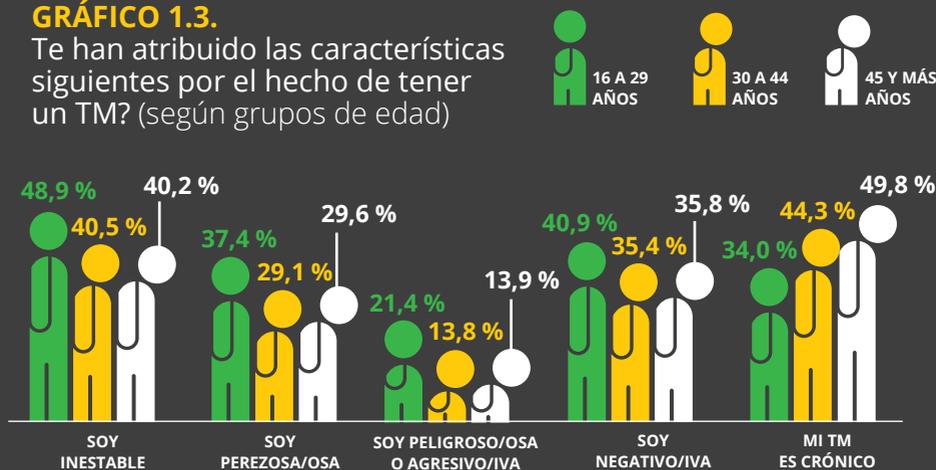
Como se puede ver, la fragilidad (15 puntos de diferencia), la negatividad (14,3) y la inestabilidad (12,8) son características que se atribuyen especialmente a las mujeres, mientras que la inteligencia y la genialidad (10,1 puntos más en los hombres), así como la falta de expresión de las emociones (4,4), son los únicos rasgos en los que existe una atribución social más pronunciada hacia los hombres.

En la tabla siguiente, se muestran aquellos rasgos en que se han observado diferencias según distintos grupos de edad. En términos generales, las diferencias más importantes se encuentran entre las personas jóvenes (16-29 años) y el resto de la población adulta.

La inestabilidad (más de 8 puntos de diferencia entre los jóvenes y los otros grupos de edad), la pereza (más de 7 puntos), la peligrosidad o la agresividad (más de 7 puntos) y la negatividad (más de 5 puntos) son características que se atribuyen sobre todo a jóvenes menores de 30 años. Tan solo en cuanto a la cronicidad del TM, las personas de más edad muestran valores significativamente más altos.

GRÁFICO 1.3.

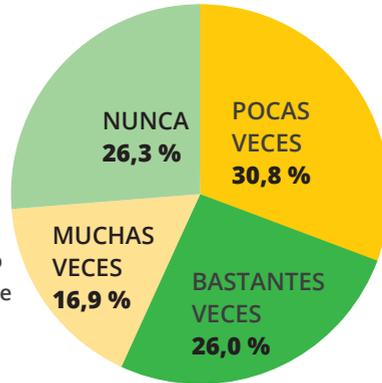
Te han atribuido las características siguientes por el hecho de tener un TM? (según grupos de edad)



En los apartados que se exponen a continuación, se hace un análisis más detallado de las características socialmente atribuidas a las personas con TM. Veamos cuáles son las explicaciones que emergen en relación con cada uno de estos rasgos.

1.1 LA INESTABILIDAD PERMANENTE

GRÁFICO 1.4.
¿Te han atribuido que eres inestable por el hecho de tener un TM?



«La población no entiende que, como cualquier enfermedad, una enfermedad de salud mental tiene un tratamiento. Las personas con problemas de salud mental tenemos periodos en que estamos más estables y periodos en que estamos más delicados» (0.a)

La atribución de la inestabilidad tiende a considerar que las personas con TM se encuentran permanentemente en estado de crisis o bajo los efectos de un brote. Esta atribución asocia las características propias de las crisis y los brotes a todas las personas con TM, y de manera sostenida en el tiempo. Esta concepción no tiene en consideración los episodios en los que la sintomatología del trastorno remite, ni los periodos de estabilidad. Se considera, en cambio, que las personas con TM viven una ruptura perpetua de la realidad que las rodea o que la realidad percibida está continuamente alterada.

La consecuencia inmediata de esta atribución es la de considerar a todas las personas con TM como permanentemente inestables. Como veremos a continuación, esta característica tiene una fuerte relación con otras dos: la impredecibilidad y la peligrosidad. Si la persona con TM está continuamente bajo la influencia permanente de una crisis o de un brote, entonces se convertirá en alguien impredecible o, incluso, peligroso.

En la encuesta, un 73,7 % manifiestan que se les considera personas inestables por el hecho de tener un TM. La frecuencia con la que esta caracterización aparece en la vida de las personas con TM es, además, bastante elevada: al 42,9 % se les ha atribuido *bastantes* o *muchas* veces. Este valor es aún más pronunciado en el caso de los jóvenes; casi la mitad (48,9 %) afirman que se les atribuye esta característica de manera frecuente.

1.2 LA IMPREDECIBILIDAD

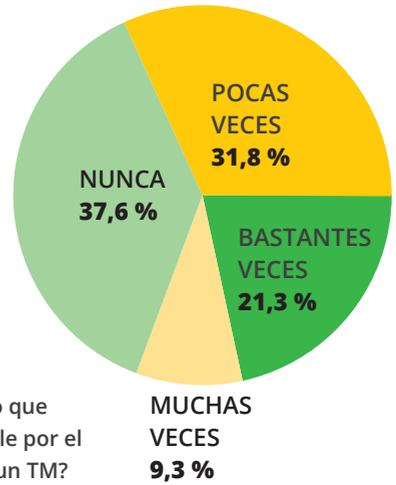


GRÁFICO 1.5.

Te han atribuido que eres impredecible por el hecho de tener un TM?

«**P2:** Claro, porque creen que se te irá la olla y...

«**P8:** Exacto. Y que en vez de a la derecha girarás a la izquierda.» (0.a)

Esta característica hace referencia a la idea de que las personas con TM pueden adoptar, en cualquier momento, de forma inesperada y sin previo aviso, comportamientos socialmente inapropiados. La asignación de este rasgo se relaciona con ciertas reacciones y comportamientos que ponen en riesgo a las personas que las rodean y que, además, se desencadenan aleatoriamente. Según esta explicación, las reacciones que pueden tener las personas con TM no siguen ningún patrón, no se pueden prever, aparecen inesperadamente, de manera que quien se encuentra cerca de una persona con TM no dispone de ninguna señal para calcular y anticipar su comportamiento.

En algunos casos, se menciona que estas conductas pueden ser perjudiciales también para la persona afectada por el TM. La atribución de esta característica, como se verá más adelante, provoca reacciones de miedo o evitación ante las personas que tienen un TM.

Como muestra la tabla anterior, el 62,4 % sostienen que en algún momento se las ha caracterizado como personas impredecibles, aunque en la mayoría de los casos la presencia de esta caracterización es poco frecuente.

1.3 LA PELIGROSIDAD / AGRESIVIDAD

«*Piensen que somos agresivos, que estamos totalmente descontrolados y además aleatoriamente.*»
(0.a)

Según esta idea, las personas con TM tienden a ser peligrosas y agresivas. Así, se explica que las características de su trastorno —voces, pensamientos negativos, impulsividad, etcétera— las empujan a cometer actos violentos. Se considera, por lo tanto, que las personas con TM son potencialmente más agresivas que las que no lo tienen.

La agresividad atribuida a las personas con TM se diferencia de la que puede ejercer el resto porque es más irracional, no tiene ningún móvil ni ninguna explicación coherente, ya que proviene de su percepción alterada de la realidad. Además, se entiende que la violencia ejercida por una persona con TM no se vería atenuada por las normas sociales, porque no tendría límites ya que, precisamente, se produce porque estas personas no responden a la normatividad social. «La sociedad tiene paranoia de que nos puede coger un brote» (0.a). Esta distinción entre la «violencia vinculada a un móvil» y la «violencia irracional» propia de las personas con TM convierte esta última en más desasosegante, más aterradora.

En los grupos de discusión emerge de forma recurrente la idea de que los medios de comunicación contribuyen a reforzar esta idea, especialmente cuando se vinculan los asesinatos que no pueden ser explicados por ningún motivo racional a la existencia de un TM.

Como veremos más adelante, algunos iconos cinematográficos, literarios y mediáticos han contribuido decisivamente a forjar la vinculación entre los comportamientos violentos y los TM.

De entre todos los elementos de atribución social analizados en el cuestionario, el de la peligrosidad o

GRÁFICO 1.6.

¿Te han atribuido que eres una persona peligrosa o agresiva por el hecho de tener un TM?



agresividad es el que tiene menos presencia en la vida de las personas con TM. A pesar de ello, el número de personas que afirma haber sufrido este tipo de atribución es bastante relevante (40,5 %), un porcentaje que se obtiene sumando los valores obtenidos en las respuestas *pocas veces*, *bastantes veces* y *muchas veces*. Los casos que ocurren con bastante o mucha frecuencia son relativamente pocos (15,5 %). Este porcentaje se incrementa entre las personas jóvenes, a las que se considera peligrosas o agresivas en un 21,4 %.

El cruce entre la información obtenida en los cuestionarios y los datos obtenidos en los grupos focales sugiere que es más habitual atribuir esta característica al TM en general y no tanto a personas con un TM. Este fenómeno es habitual también en otros tipos de discriminación y responde a la resistencia cognitiva, que hace prevalecer las categorizaciones sociales incluso cuando la experiencia personal las refuta.

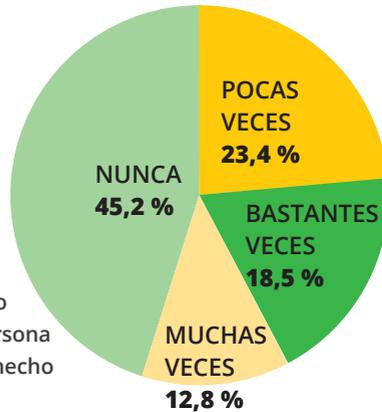
Así, por ejemplo, es habitual atribuir características a ciertas categorías sociales (las personas inmigrantes, homosexuales, etcétera) que se matizan, en cambio, cuando se hace referencia a personas concretas. Expresiones como «los latinoamericanos son personas muy vagas, pero Julián es muy trabajador», ejemplifican este efecto. Así, se mantiene el prejuicio en términos generales, aunque las personas con las que se mantiene algún tipo de relación no se ajusten a la característica que socialmente se atribuye a ese grupo social. Estas personas pasan a ser la excepción que confirma la norma.

Por este motivo, aunque el porcentaje de personas con TM que manifiestan que les han atribuido peligrosidad y agresividad es relativamente bajo, es probable que la relación que se establece socialmente entre la agresividad y el TM en general tenga todavía una fuerte presencia social.

1.4 LA VAGANCIA

GÁFICO 1.7.

¿Te han atribuido que eres una persona perezosa por el hecho de tener un TM?



« Si estás en la cama por la medicación, o por lo que sea: “Es que es muy vago y está así porque le da la gana estar así”.» (O.a)

De forma similar a lo que sucede con otros trastornos o enfermedades, se considera que las personas con TM tienden a ser vagas, perezosas, holgazanas y que no se recuperan definitivamente de su trastorno porque no lo desean. Esta explicación sostiene que las personas que tienen un TM aprovechan su situación para evitar tener que trabajar, tener que gestionar su vida, etcétera. Así, la vagancia o la pereza no son características provocadas por el trastorno en sí, sino que es una actitud que se adopta después de que este se haya manifestado, de que la persona haya estado de baja laboral o haya recibido una invalidez.

Según se explica, esta actitud es consecuencia de que los subsidios, el cuidado recibido durante este periodo, etcétera, provocan que las personas se repantiguen, se abandonen, adopten una actitud indolente, no tengan interés en sobreponerse ni a hacerse cargo de sus responsabilidades.

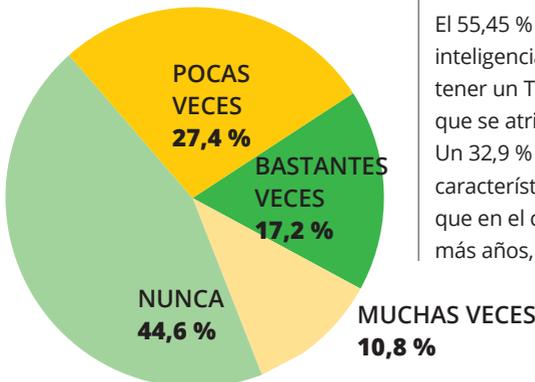
El 54,8 % de las personas con TM afirman haber sido calificadas alguna vez como perezosas por alguien. Como sucedía con los rasgos de agresividad o peligrosidad, los más jóvenes viven este estigma más a menudo que el resto; así, el 37,4 % de las personas manifiestan que han sido tachadas de perezosas *bastantes* o *muchas veces*.

1.5 LA INTELIGENCIA / GENIALIDAD

«Es un enfermo mental pero es la mar de feliz, es la mar de inteligente y hace unas cosas que te cagas, ¿no? Cómo se debe sentir por dentro, ¿no? Su vida es como un videojuego. Y la persona normal dice: este tío me está sorprendiendo, quiero decir aquí no hay nada de dolor de la enfermedad.» (O.a)

GRÁFICO 1.8.

¿Te han atribuido que eres inteligente o tienes un punto de genialidad por el hecho de tener un TM?



Esta característica se basa en la idea de que el cerebro de las personas que tienen un TM presenta una composición o estructura diferente a la del resto. Esto provocaría que las personas con TM tengan ciertos rasgos o cualidades superiores a los de la media. Así se explica que tienen una inteligencia superior o que son enormemente creativas. Esta idea conecta con el mito del «genio loco», según el cual las personas con TM, al no regirse por las convenciones sociales, filtran la información y los estímulos que reciben de manera inesperada, creativa e innovadora. El TM les proporciona un don basado en la capacidad para procesar la información de forma no convencional.

Cuando se atribuye esta característica a las personas con TM, éstas se vuelven más atractivas e, incluso, la «locura» es vista como algo deseable. Esta explicación obvia el malestar y el sufrimiento que pueden provocar los TM, así como aquellos TM o los efectos secundarios de la medicación que pueden disminuir la capacidad creativa y cognitiva de las personas que lo padecen. La atribución de capacidades creativas y cognitivas superiores a las del resto de la población niega u obvia el malestar que puede provocar tener un TM.

El 55,45 % aseguran que les han atribuido rasgos de inteligencia o genialidad alguna vez por el hecho de tener un TM. Esta es una de las pocas características que se atribuyen más frecuentemente a los hombres. Un 32,9 % manifiestan que les han atribuido esta característica *bastantes* o *muchas veces*, 10 puntos más que en el caso de las mujeres. Entre los hombres de 45 o más años, esta atribución tiene todavía más fuerza.

1.6 EL APLANAMIENTO AFECTIVO / RETRAIMIENTO SOCIAL

«*Ella no se siente entendida porque nosotros no la entendemos; y nosotros no la entendemos porque ella no nos puede entender a nosotros porque dentro de su cabeza, su cabeza funciona diferente a la nuestra.» (O.c)*

Este estereotipo sostiene que las personas que tienen un TM presentan aplanamiento afectivo, ya sea por la medicación, ya sea por un efecto propio del trastorno mental. Es decir, están ausentes, no expresan emociones, tienen la mirada perdida y carecen de resonancia afectiva. Este rasgo, según se explica, impide mantener con estas personas una relación empática, ya que sin expresión emocional no se puede dar una relación de calidad.

GRÁFICO 1.9.

¿Te han atribuido que te aíslas socialmente por el hecho de tener un TM?



« Con nosotros, no sé, vamos a bar de un amigo, allí o a pasar la noche o algo. Está allí, no habla, no molesta a nadie, si le preguntas algo: “bien”, y ya está.» (0.c)

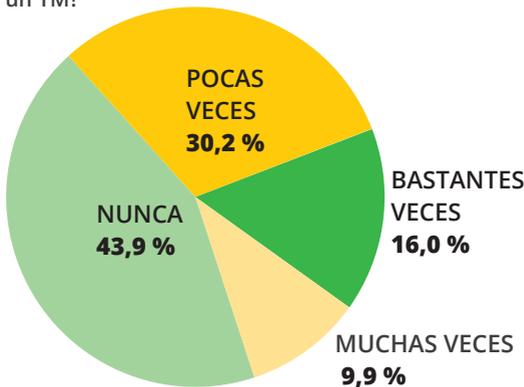
En consecuencia, se interpreta que las personas con TM optan deliberadamente por apartarse de la vida social y por no comunicarse con los demás. Se afirma que suelen ser personas solitarias, encerradas en su mundo, que no muestran ningún interés por el entorno social y que mantienen una actitud de retraimiento y aislamiento social, por lo que es preferible no estorbarlas ni relacionarse con ellas.

La atribución de aislamiento social tiene mucha presencia. Más de un tercio (68,4 %) lo han experimentado en algún grado. El 39,4 % lo han sufrido *bastantes veces* o *muchas veces*.

En cuanto a la falta de expresión de las propias emociones, esta atribución aparece en la vida del 56,1 % de las personas con TM. Este es uno de los dos aspectos, junto con el estereotipo de la inteligencia y la genialidad, que los hombres manifiestan haber experimentado más a menudo que las mujeres.

GRÁFICO 1.10.

¿Te han atribuido que no expresas tus emociones por el hecho de tener un TM?



1.7 LA CRONICIDAD

«**P3:** La depresión puede ser algo temporal. Si tú tienes una esquizofrenia en un momento, tú tienes el brote y eres esquizofrénico.

P2: Claro, lo eres siempre, quieres decir.

P3: Pero tú puedes tener una depresión por situaciones y luego puedes salir de ella.» (0.c)

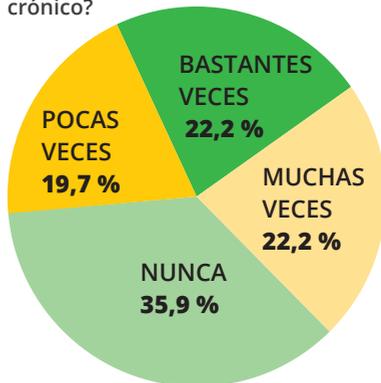
Según esta asunción, los TM, una vez se manifiestan, se convierten en crónicos y no remiten. La cronicidad es una característica que se asocia sobre todo a los trastornos psicóticos y a la esquizofrenia.

Esta atribución, tal como muestra el fragmento citado, contribuye a fortalecer la vinculación entre el TM y la identidad de las personas que lo tienen. Se sustituye el *tener* por el *ser*, de manera que la persona ya no tiene un TM, sino que *se convierte* en un TM; deja de *tener* una esquizofrenia y pasa a *ser* una persona esquizofrénica. Como se verá más adelante, esta totalización de la persona como TM, es decir, el hecho de establecer la equivalencia entre la persona y su TM, desencadena efectos negativos y fortalece la autoestigmatización.

La cronicidad del TM no hace referencia únicamente al hecho de que se trata de una situación

GRÁFICO 1.11.

¿Te han atribuido que tu TM es crónico?



que permanecerá inalterable de por vida, sino que sirve para subrayar la fatalidad del destino que tendrá que afrontar esta persona. Esta atribución permite sostener que la persona afectada por el TM no puede hacer nada por mejorar su calidad de vida y que está condenada a sufrirlo de por vida. En este sentido, la idea de que los TM son crónicos evoca una situación de fatalidad irreversible de fuertes connotaciones negativas.

Como indicábamos al principio del capítulo, la cronicidad es la característica que la sociedad atribuye más frecuentemente a las personas con TM. El 64,1 % señalan que les han atribuido esta característica en algún momento. Esta tendencia es menos marcada en el caso de las personas de menos de 30 años (49,3 %), en las cuales probablemente la atribución de cronicidad aún no está suficientemente consolidada.

1.8 LA FRAGILIDAD



« Yo creo que a lo que se refería él es que cuando hablas con estas personas no puedes decirles nunca que esto no puede ser así. O sea, aunque esté haciendo una barbaridad, nunca llevarle la contraria. O si dice algo, pues siempre responderle la frase, o sea si pregunta algo que quede como satisfecho, si te hemos hecho caso y te hemos respondido...» (O.c)

Este estereotipo sostiene que las personas que tienen un TM y que no manifiestan exteriormente ningún desequilibrio ni síntoma se encuentran, en realidad, en un estado de equilibrio precario. Así, estas personas son castillos en el aire. A pesar de que, en apariencia, presenten un estado de armonía y parezcan estar compen-sadas, la más mínima afectación puede hundirlas. Además, considerando la naturaleza del TM, es imposible prever cuáles son los aspectos o motivos que pueden desencadenar la ruptura de su estado de armonía.

La imagen que sugiere este estereotipo es la de una caja de cartón embalada que lleva la inscripción «frágil». Externamente, no tiene una apariencia de fragilidad, pero lleva una inscripción que nos lo advierte. Se desconoce cuál es su contenido, no se sabe si hay que procurar no golpearla, o evitar darle la vuelta o si lo que no se puede hacer es sacudirla.

Siguiendo con esta analogía, las personas con TM son frágiles, no se sabe cuál es su punto de ruptura, lo

GRÁFICO 1.12.

¿Te han atribuido que eres frágil por el hecho de tener un TM?



que puede derrumbarlas o desmontarlas y, por lo tanto, es preferible no acercarse demasiado a ellas, no relacionarse demasiado con ellas. Hay que evitar que nuestra acción, nuestra interacción con ellas, es decir, nuestra incidencia, pueda desatarles un brote o una crisis. Dado que se desconocen cuáles de nuestras acciones pueden afectarlas, es preferible mantener una distancia de seguridad. Este estereotipo, como se verá, contribuye sustancialmente a sostener actitudes de miedo, evitación o alejamiento hacia las personas con TM.

La fragilidad es una de las características que se atribuyen con más frecuencia a las personas con TM. Más de dos tercios afirma haber sido calificada o caracterizada como frágil (69,1 %). La fragilidad es, de todos los estereotipos revisados en esta investigación, el que presenta más diferencias según el género: las mujeres afirman haber recibido esta atribución en un 15 % más que los hombres.

1.9 LA INCAPACIDAD / DEPENDENCIA

« Yo creo que la gente también tiene la fantasía de que la gente que padece trastorno mental, no es útil o suficientemente capaz como para cumplir los roles.»
(0.a)

La atribución de incapacidad hace referencia a un conjunto variado de actividades de la vida cotidiana que las personas que tienen un TM no pueden desarrollar correctamente. En consecuencia, se considera que son dependientes de otras personas que se encargarán de supervisar y gestionar estas actividades. Así, se explica que las personas con TM no tienen suficientes competencias para gestionar su economía, no tienen las capacidades necesarias para ser padres o madres o bien no son capaces de conducir.

Esta concepción parte de la evidencia de que en determinados momentos, en efecto, algunas personas con TM tienen dificultades para manejar ciertas facetas de su vida cotidiana. Esta característica, sin embargo, se generaliza y se atribuye a todas las personas con TM y de forma permanente, por lo que el estereotipo es incapacitante.

GRÁFICO 1.13.

¿Te han atribuido que eres dependiente por el hecho de tener un TM?



La atribución de incapacidad y de dependencia, además, se convierte en una profecía autocumplida (Merton, 1968). Es decir, en la medida en que su entorno social —por ejemplo, amistades y familiares— considere que la persona no está capacitada para hacer ciertas cosas, la forma de tratarla coincidirá con esta expectativa. Ello provoca que la persona, a su vez, comience a dudar de sí misma, de sus capacidades y competencias, de tal forma que se confirmará la creencia. El efecto de la profecía autocumplida sucede, por lo tanto, cuando las expectativas sobre cuáles son las habilidades y competencias de una persona influyen en cómo se ve a sí misma.

La atribución de falta de autonomía o de dependencia presenta una frecuencia bastante alta (63 %), aunque esta característica es atribuida *bastante* o *muy frecuentemente* en un 35,6 %.

1.10 LA EXTRAVAGANCIA

« Yo noto cuando mi primo está mal cuando hablo con él y no me mira a la cara, y estás hablando con él y está así, entonces piensas “uf, ya está, ya está en su mundo”, que digo yo.» (O.c)

Este estereotipo se fundamenta en la idea de que las personas con TM no se ajustan a los códigos y las normas sociales que regulan la interacción y la comunicación. Así, se considera que uno de los rasgos de las personas con TM son los comportamientos extraños, un estilo comunicativo poco empático o la ausencia de capacidad para conectar con los demás.

Cuando este estereotipo está presente, cualquier acto que haga una persona con TM que no se ajuste a las normas y convenciones sociales será explicado como un efecto de sintomatología propia de su TM. Y, al revés, los comportamientos que no responden a las convenciones sociales tenderán a asociarse con los TM, tanto si la persona tiene o no TM. Este estereotipo puede dar lugar a lo que se denomina falso positivo, es decir, a etiquetar a personas que no tienen TM como «enfermos mentales».

GRÁFICO 1.14.

¿Te han atribuido que eres extravagante por el hecho de tener un TM?



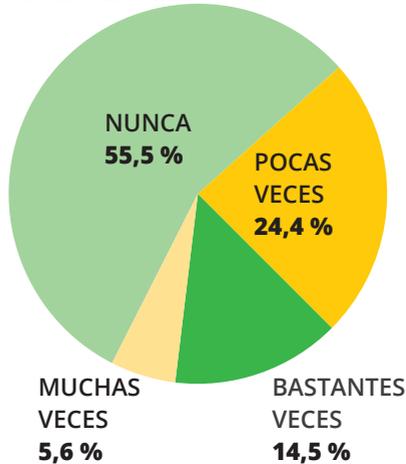
Esta característica, además, exalta y exagera la inconveniencia del comportamiento al asociarlo a una categoría social discriminada como es la de las personas con TM. Así, una vez se ha vinculado el comportamiento al hecho de que la persona que lo ha llevado a cabo tiene un TM, la acción se hace aún más extravagante, fuera de lo común o inapropiada. Paradójicamente, este estereotipo hace que las personas con TM tengan la sensación de que deben inhibirse más que el resto, ya que cualquier acto que se desvíe de las convenciones sociales será interpretado como un síntoma de su trastorno.

La extravagancia, a pesar de ser un rasgo que aparece menos que el resto (un 19,2 % manifiesta haberlo experimentado *bastantes* o *muchas veces*), tiene un alcance notable: el 43,2 % indica haberlo sufrido en alguna ocasión.

1.11 DÉFICIT COGNITIVO

GRÁFICO 1.15.

¿Te han atribuido que tienes pocas capacidades intelectuales por el hecho de tener un TM?



« Lo que me he encontrado, también, es que a veces se confunden términos. O sea, el trastorno mental con retraso mental ¿no? Incluso muchas veces cuando trabajas con los propios pacientes, o sea, tienen la idea de esa confusión: si yo tengo un trastorno mental significa que soy menos inteligente o menos capaz ¿no?»
(O.d)

El hecho de considerar que las personas con TM se encuentran en una situación de ruptura con la realidad exterior es interpretado, a la vez, como un déficit cognitivo. Según esta explicación, las personas con TM tienen dificultades para aprender, para hacer razonamientos abstractos o para comprender aspectos de la vida cotidiana correctamente, dado que el TM disminuye significativamente sus capacidades cognitivas.

Al 44,5 % de las personas con TM se les han atribuido una falta de capacidades intelectuales a lo largo de la vida, aunque lo más común es que esta atribución aparezca *pocas veces* (24,4 %).

1.12 EL CONTAGIO / CONTAGIO SOCIAL

«**P1:** Como si pudiera haber una especie de contagio. Apartar estas personas porque pueden ser inferiores o problemáticas...

P2: Porque tienes miedo de que te etiquetan con aquellas personas.

P3: O problemáticas o no quieres que te vean con esa persona o...

P1: Que no quieren problemas» (O.a)

Aunque en el transcurso de los grupos focales esta característica ha sido mencionada en pocas ocasiones, vale la pena hacer referencia a ella. La idea de que el trastorno mental se contagia emerge en dos sentidos claramente diferenciados.

En primer lugar, se hace mención a la idea de que la probabilidad de desarrollar un TM se incrementa entre los que se relacionan e interactúan con personas que tienen un TM. Este contagio no se produciría por el mero contacto o por proximidad física, sino que lo provocaría el hecho de relacionarse con una persona que vive en una realidad desordenada y caótica. Vincularse y relacionarse con ellas, tener que interactuar con personas con TM, conlleva arriesgarse a sucumbir, a verse abducido por este «otro mundo» desorganizado y, en consecuencia, a desarrollar un TM, o por lo menos sufrir algún tipo de desorden mental.

Según esta explicación, el contacto y la interacción con personas con TM nos lleva a un universo caótico y

desequilibrado que pone en riesgo nuestra estabilidad mental. Como ocurre con otras características que se están presentando en este apartado, este argumento justifica y da sentido a la actitud de precaución y alejamiento hacia las personas con TM.

La segunda acepción del contagio hace referencia, en cambio, a un aspecto de carácter simbólico y social. Según esta idea, relacionarse con personas con TM implica correr el riesgo de ser socialmente rechazado. Dado que las personas con TM están socialmente discriminadas, relacionarse con ellas de forma evidente podría provocar que la discriminación se extendiera también a aquellos y aquellas que son vistos próximos a quien tiene un TM. En este caso, la infección que se inocular no es el TM en sí, sino la discriminación y la estigmatización que este lleva asociadas.

1.13 LA FALACIA DE LA CAUSA ÚNICA


Todo se vincula, no se nos permite tener ni un enfado. Si yo me enfado y comienzo a gritar, no se me permite porque: “fíjate lo desestabilizado que estás”. En cambio, otro viene aquí, no tiene trastorno o no saben que tiene trastorno y se pone a gritar y dice: “fíjate que estresado estás.» (O.a)

Tal como se ha ido viendo, los estereotipos se asignan, indistintamente, a todas las personas que forman parte de una misma categoría social. Estos rasgos son vistos como permanentes, crónicos e inmutables. Raramente se hace mención al carácter episódico o puntual de algunas de las características que se atribuyen a las personas con TM.

Por este motivo, como se ha visto, se hace equivaler a la persona con el trastorno, y se tiende a afirmar que «tal persona es esquizofrénica» en detrimento de considerar que, por ejemplo, «tal persona *ha tenido* un episodio o brote esquizofrénico». Este efecto de totalización de la persona, en tanto que afectada por un TM, contribuye a hacer emerger la falacia de la causa única.

Esta falacia se produce cuando cualquier actitud o conducta es vista como un síntoma de su trastorno, y se niega la posibilidad de que existan otros factores o variables que hayan podido incidir en ello. El TM se convierte en un principio explicativo absoluto. Esta simplificación del razonamiento causal niega la existencia de la persona al margen de su trastorno. La persona se convierte en su trastorno.

Por este motivo, su comportamiento, sea cual sea, es analizado como un síntoma del trastorno, lo que hace que pierda legitimidad a la hora de expresar sus emociones o de manifestar sus opiniones, que serán “patologizadas” y despreciadas.

2.

LA AUTOATRIBUCIÓN DE CARACTERÍSTICAS CON CONNOTACIONES NEGATIVAS: AUTOESTIGMA

«*Es que nosotros mismos nos avergonzamos de nosotros.» (O.a)*

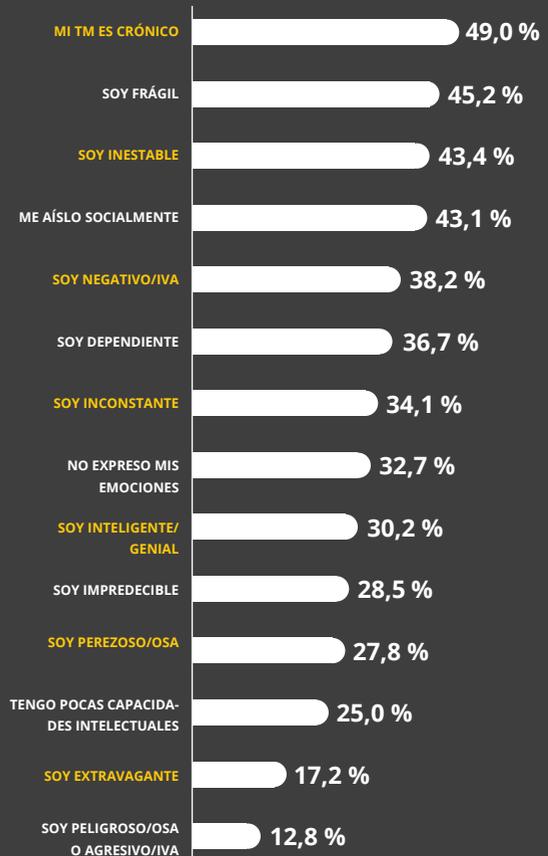
El autoestigma se produce cuando las personas que tienen un TM asimilan los estereotipos que se les atribuyen socialmente —los cuales se han descrito en el apartado anterior—, los asumen como propios y se los autoatribuyen.

Este proceso incide negativamente en las personas, ya que perciben que forman parte de una categoría social que está asociada a características negativas. Pasan a formar parte de una identidad social deteriorada (Goffman, 1963) o negativa (Tajfel, 1972). En la medida en que las personas con TM se autoestigmaticen, se producirán los efectos psicológicos de pérdida progresiva de autoestima y de autoatribución de características con connotaciones negativas.

El gráfico 1.16 muestra en qué grado las personas que tienen un TM interiorizan y se atribuyen a sí mismas las características que socialmente se les suele atribuir por el hecho de padecer un TM.

GRÁFICO 1.16.

¿Te has atribuido a ti mismo/a las características siguientes por el hecho de tener un TM?



La autoatribución de cronicidad (49,0 %) es la que aparece con mayor frecuencia. La fragilidad (45,2 %), la inestabilidad (43,4 %) o el aislamiento social (43,1 %) son otros estereotipos que aparecen con mayor frecuencia cuando las personas se definen a sí mismas.

El conjunto de personas participantes en la investigación hace referencia a dos procesos clave que consolidan el autoestigma entre las personas que tienen un TM. las personas que tienen un TM.

2.1 LA ETIQUETA DIAGNÓSTICA COMO EJE DE LA AUTOPERCEPCIÓN

«*Somos un poco violentos y la verdad es que o nos da por romper cosas o por dar golpes o cosas de estas. Entonces claro, los familiares y la propia sociedad se queda ‘asustada’ con esta...» (O.a)*

El conjunto de explicaciones socialmente disponibles sobre el TM, como se ha visto en el apartado anterior, atribuye una serie de rasgos y características negativos a las personas con TM. Por este motivo, la asignación de una categoría diagnóstica no solo identifica médicamente cuál es la problemática que tiene la persona, sino que se convierte, simultáneamente, en una categoría o etiqueta que se asimila hasta tal punto que constituye el eje que vertebra el mismo autoconcepto.

La categoría diagnóstica se convierte en la imagen del yo, la construcción mental de cómo una persona se percibe a sí misma. La persona construye esta imagen basándose en la idea de que pertenece a una categoría social: la de las personas con TM. Así, el autoconcepto se reelabora a partir de la autocategorización, es decir, a partir del hecho de pertenecer a un grupo o categoría social. En la medida en que la persona se categorice a sí misma como integrante de este grupo social, asumirá los rasgos y las características negativas que se atribuyen socialmente a las personas con TM.

Este proceso de autoestigmatización hace que las personas se autoevalúen con la expectativa de responder a los estereotipos socialmente asignados. Cuando las personas con TM conocen los estereotipos que se les

atribuyen, los interiorizan y los asumen como propios, se incrementa la posibilidad de que se vean a sí mismas según estos principios. Como esta persona espera cumplir con las características que se le atribuyen socialmente, tenderá a sobreinterpretar sus conductas y acciones como una prueba empírica de que, en efecto, las está reproduciendo.

Así, es probable que la persona con TM realice ciertas conductas que son relativamente habituales entre la población general, pero las reinterprete como un efecto de la sintomatología del trastorno y las categorice siguiendo los estereotipos socialmente predominantes. De esta manera, su conducta pasará a ser abyecta, algo excepcional, negativa y propia de su trastorno.

Algunos ejemplos de este efecto son considerar que algunas reacciones que se suelen tener cuando se está malhumorado, como romper cosas o dar portazos, son actos de violencia provocados por el trastorno; o que cambiar de opinión en relación con un tema es una prueba inequívoca de la inestabilidad que conlleva el trastorno. Lisa y llanamente, el autoestigma hace que la persona “patologice” algunas de sus conductas al considerarlas excepcionales y/o anómicas (fuera de la norma).

2.2 LAS ATRIBUCIONES DEL ENTORNO SOCIAL CERCANO COMO EJE DE LA AUTOPERCEPCIÓN

« **P6:** *Somos capaces. Porque tenemos una enfermedad, no somos incapaces. Somos capaces de hacerlo. Pasa que nuestra familia, incluso ellos mismos, nos están perjudicando a veces. Y nos hacen creer a nosotros mismos que no somos capaces. Entonces, a veces nosotros nos lo creemos. Nosotros mismos...*

P1: *Nos tratan de una manera...*

P6: *Y nosotros mismos nos hundimos por culpa de eso...*

P2: *Sí, nos avergonzamos también.*

P6: *Y nos avergonzamos.*

P4: *A veces te lo repiten tanto...*

P6: *Y nos hundimos.» (0.a)*

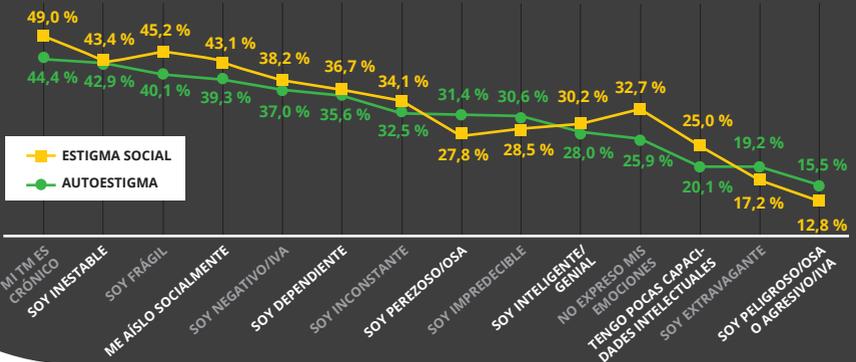
El autoestigma se fortalece y se consolida por la acción reiterada del entorno inmediato de la persona, que desarrolla una función de recordatorio de las características y rasgos negativos asociados al TM.

Dado que el autoconcepto, la imagen que tenemos de nosotros mismos, depende de las valoraciones que recibimos de nuestro entorno social, el hecho de que se nos atribuyan reiteradamente ciertos rasgos hace que acabemos interiorizándolos. Como se explicará más adelante, la acción del entorno familiar, de las amistades, etcétera, puede jugar un papel clave a la hora de consolidar el autoestigma. Vale la pena recordar que algunos de los rasgos asociados a las personas con TM, como la incapacidad o la dependencia, son asimilados e interiorizados y arraigan con más fuerza cuando el entorno social cercano a la persona los refuerza.

2.3 COMPARATIVA ENTRE EL ESTIGMA SOCIAL Y EL AUTOESTIGMA

GRÁFICO 1.17.

Comparativa entre el estigma social y el autoestigma



El gráfico siguiente presenta la comparativa entre el estigma social y el autoestigma en cuanto a las diferentes características analizadas en la encuesta.

En términos generales, en la mayoría de las características analizadas, el autoestigma está ligeramente por encima del estigma social. Este dato señala que las personas con TM interiorizan con fuerza los estereotipos que se les atribuyen socialmente.

Este diferencial entre el estigma y el autoestigma que hace que las personas con TM se autoperciban incluso más negativamente que las valoraciones que reciben del entorno social, pone de manifiesto el papel que juegan las valoraciones y atribuciones que se reciben socialmente en la construcción del autoconcepto. La importancia que tiene para cualquier persona la forma en que es valorada por su entorno social hace que las personas con TM «sobreincorporen» el estigma y la discriminación que se les atribuye socialmente.

Aunque las diferencias observadas entre el estigma y el autoestigma no son muy amplias, aquellas en las que el diferencial es mayor son: «falta de expresión de las propias emociones» (6,8 puntos de diferencia), «fragilidad» (5,1), «falta de capacidades intelectuales» (4,9) y «cronidad» del TM (4,6).

3.

EL TRATO

DISCRIMINATORIO

Tal como se ha explicado antes, la atribución social de ciertas características y rasgos negativos a las personas con TM predispone la actitud que tendremos en relación con ellas. Esta predisposición hacia el grupo social, fundamentalmente negativa, se concretará en nuestra forma de comportarnos y de relacionarnos con estas personas.

Se llama **discriminación** al conjunto de acciones concretas o comportamientos que se hacen contra el grupo social que se ha prejuzgado. De hecho, la relación entre las concepciones sobre las personas con TM (estereotipos), la predisposición o actitud que tendremos hacia ellas (prejuicio) y la concreción y plasmación de estas ideas en acciones y comportamientos negativos (discriminación) sigue un patrón circular de retroalimentación. Los comportamientos discriminatorios hacia las personas con TM alimentan y refuerzan los estereotipos que tenemos sobre ellas.

En este apartado, se expondrán cuáles son las actitudes y los comportamientos que se tienen habitualmente hacia las personas con TM y se mostrará la relación que

mantienen con los estereotipos que se han revisado en el apartado anterior.

En los documentos específicos de la investigación *La percepción de la salud mental en Cataluña*, se presentará cuál es el trato que reciben las personas con TM según los contextos y los agentes. Se analizará cuál es el trato recibido por parte de los amigos y amigas, de las personas de la familia, de la pareja, en los entornos educativos o en el entorno laboral. Este documento marco se centrará, únicamente y de forma genérica, en cuáles son las conductas y los comportamientos que se llevan a cabo como consecuencia de haber prejuzgado las personas con TM.

A modo de introducción, vale la pena destacar que el 80,1 % de las personas encuestadas manifiestan haber sido tratadas injustamente en algún ámbito de su vida (personal, social, laboral y/o sociosanitario) por tener un TM. Asimismo, es bastante destacable que un 54,9 % afirmen que, o bien en alguno de los ámbitos o bien por parte de alguna persona concreta, este trato negativo ha sido bastante o muy frecuente.

3.1 EL MIEDO



Probablemente, la consecuencia más inmediata que se desprende de los estereotipos que se atribuyen a las personas con un TM es la adopción de una actitud de miedo que predispone la forma como nos relacionaremos con ellas. A continuación, se plantean los dos grandes motivos que explican el porqué de esta actitud de miedo.

EL MIEDO POR DESCONOCIMIENTO

« También ya lo ha dicho ella, el tema del miedo a lo desconocido. Yo creo que va mucho por ahí, el tema. El ser humano necesita tener unas bases medianamente sólidas sobre las que asentar su vida, por así decirlo. Y cuando ves que alguien no está en estas bases o que puede tener cierta inestabilidad o que no puedes explicar de una manera tangible ese determinado hecho. Si te rompes una pierna, pues tienes una pierna rota, pero en algo mental es mucho más difícil de explicar. A veces ni tú mismo puedes explicarte por qué estás en una determinada situación. ¿Cómo lo va poder a saber alguien que no está en tu cabeza? Y entonces, supongo que lo que hace esta persona desde fuera es (...) no sé si consciente o inconscientemente, generar este prejuicio cómo forma de protegerse ante eso que no conoce.» (O.c)

Quando emerge la discusión sobre por qué es habitual reaccionar con miedo ante una persona que tiene un TM, suele apelarse al desconocimiento sobre qué son los trastornos mentales y cómo afectan a las personas. El hecho de que el TM esté todavía relegado a la esfera privada y que se trate de un fenómeno sobre el cual no

se habla abiertamente, provoca que sea poco conocido por aquellas personas que no han tenido que convivir de cerca con él.

Así, en los grupos de discusión aparece *recurrentemente* la idea de que la salud mental es un tema poco conocido, sobre el que la mayoría de personas tienen poca información, y que se confunde con otras problemáticas (la discapacidad intelectual, el Alzheimer o la demencia senil).

El desconocimiento del TM ocasiona que se tenga miedo o, incluso, pánico a establecer contacto con personas con TM. El temor se expresa en conductas y formas de relacionarse con las personas que tienen un TM basadas en la desconfianza y el recelo. Como se verá a continuación, las reacciones más habituales cuando se siente miedo ante el TM son o bien la evitación y el rechazo, o bien el trato condescendiente y la sobreprotección. Sea como sea, cuando la principal reacción ante un TM es sentir miedo, la forma de relacionarse con las personas que tienen un TM raramente se producirá desde un plano de igualdad.

EL MIEDO POR EL EFECTO ESPECULAR DEL TM

«*Alguna vez escuchas opiniones de gente que realmente asusta la cosa de la locura o de tal ¿no? Supongo que porque conecta también con...pues eso con la parte de cada uno que también da un poco de miedo.»* (O.d)

Las personas que no tienen un TM se sienten atemorizadas por las personas que lo tienen porque constituyen su otro yo potencial. Tal como explica Bauman (1998), el rechazo y la discriminación hacia estos «diferentes» se produce porque constituyen la otra cara de la moneda, el otro lado del espejo. La relación especular que se mantiene con el TM pone de manifiesto que la frontera entre las personas con un TM y las «sanas» es muy difusa, no es clara. Es fácil cruzarla y pasar al otro lado sin darse cuenta. Las personas con TM se convierten en una amenaza y nos atemorizan porque su presencia nos recuerda que son la otra cara de la moneda y que, parafraseando Bauman, la distancia entre los ejemplares humanos «sanos y normales» y los «monstruosos y aberrantes» es muy corta.

Por este motivo, tratar a las personas con un TM como seres desagradables, abominables y repugnantes no es más que una reacción de miedo ante la posibilidad de devenir uno de ellos. Igualmente, el movimiento que se produce cuando se señala este «otro abominable» es el que, simultáneamente, ubica a quien lo hace como miembro inequívoco del grupo de ciudadanos «normales y sanos».

3.2 EL MALTRATO

Una de las formas de discriminación más habitual consiste en maltratar o tratar negativamente a las personas que tienen un TM. Se presentan, a continuación, cuáles son estas prácticas.

EL USO DE LENGUAJE DISCRIMINATORIO

Las personas que tienen un TM no solamente se sienten tratadas negativamente cuando sufren acciones que las discriminan de manera directa. Las trazas del estigma en salud mental pueden rastrearse en el lenguaje cotidiano, en el uso de ciertos giros lingüísticos que se utilizan habitualmente.

Las personas que tienen un TM manifiestan que, cuando escuchan estas expresiones en la calle, en la televisión, etcétera, se sienten maltratadas, aunque se utilicen de forma genérica y no se dirijan hacia su persona. Así, el maltrato provocado por el escarnio, las burlas o las bromas no se reduce a aquellas acciones que se dirigen explícitamente contra las personas que tienen un TM, sino que está presente en el lenguaje cotidiano, en expresiones que se utilizan popularmente como frases hechas o en forma de chiste, etcétera.

ALGUNOS
EJEMPLOS
DE ESTAS
EXPRESIONES
SERÍAN:

Burlas y escarnios que usan el TM humorísticamente:

«Hoy estás un poco alterado. ¿Ya te has tomado la medicación?»

«Hay más fuera que dentro.»

Utilizar el trastorno mental como un adjetivo:

«Estoy deprimido.»

«Mi madre es bipolar, siempre cambia de opinión.»

«Esta chica está esquizofrénica perdida.»

EL MALTRATO DIRIGIDO A LAS PERSONAS QUE TIENEN TM

«*Los amigos lo llevaban por donde querían y yo viéndolo desde la ventana. Lo invitaban a una cerveza y luego le pedían dinero.*» (O.b)

Evidentemente, las personas que tienen un TM también son tratadas negativamente y reciben estas burlas y formas de maltrato en primera persona.

Casi la mitad de las personas con TM (47,4 %) indican que han sido tratadas mal con actitudes de menosprecio, burlas, insultos, coacción o culpabilización en algún ámbito de su vida por tener un TM.

Algunos ejemplos que se han relatado en el transcurso de los grupos de discusión son:

- **Escarnio:** algunas de las burlas que las personas con TM explican haber recibido en primera persona son recibir miradas inquisitivas, ver que les desvían la mirada, que se ríen de ellas o que las humillan públicamente.
- **Maltrato económico:** pedir dinero a la persona con TM aprovechando la dependencia emocional que tiene hacia quien le pide.

Relacionar conductas extrañas o inapropiadas con el TM:

«*El conductor que se ha saltado el semáforo en rojo está como un cencerro.*»

«*¿No has estudiado para el examen? Estás mal de la olla.*»

Equivalencia entre insultar y el TM:

«*Eres un enfermo mental.*»

«*¡Estás loco! ¡Estás loca!*»

LA AGRESIÓN FÍSICA O SEXUAL

A pesar de que, como se ha expuesto en el apartado anterior, una de las características que se suele atribuir a las personas con TM es que son agresivas o violentas, en realidad estas personas —al igual que todas las que pertenecen a categorías sociales minorizadas o discriminadas— presentan un riesgo de sufrir agresiones físicas o sexuales superior al resto de la población.

Algunas de las personas participantes en los grupos de discusión han relatado episodios de maltrato físico o sexual ejercido, principalmente, por parte de sus parejas.

El 11,9 % de las personas encuestadas manifiestan haber sufrido agresiones físicas o sexuales en algún ámbito de su vida (personal, social, laboral o sociosanitario) por el hecho de tener un TM.

LA EVITACIÓN / EL RECHAZO

«De todos modos, si me encuentro a alguien por la calle cuya enfermedad no puedo detectar, pero que veo que tiene algún tipo de trastorno de salud mental, sí representa peligro. Y este prejuicio sí salta instantáneamente y no me acerco ni a la acera, ni donde sea, ni lo miro, si veo que va haciendo cosas raras así por el mundo, no me acerco.» (O.c)

El comportamiento que se menciona con más frecuencia en el transcurso de los grupos de discusión es el de evitar o rechazar las personas con TM. El 50,7 % de las personas con TM han sufrido evitación o rechazo, o manifiestan que las personas de su entorno se han alejado en algún ámbito de su vida por tener un TM.

Como hemos visto, es habitual que las personas sientan miedo ante el trastorno mental. La reacción más habitual cuando se tiene miedo es alejarse de lo que lo provoca, evitar el contacto directo, no querer saber nada. La evitación del trastorno mental y de las personas que lo tienen, en realidad, contribuye a mantener el desconocimiento sobre este fenómeno, lo cual, a su vez, refuerza el sentimiento de miedo. Así, se produce el circuito «desconocimiento-miedo-evitación-desconocimiento» que se cierra sobre sí mismo, del cual se alimentan la estigmatización y la discriminación en salud mental.

Aunque lo más habitual es evitar el contacto con las personas que tienen un TM, alejándose de ellas, si eso no es posible, entonces se produce el rechazo: no dirigirle la palabra, no mantener contacto visual, actuar como si esta persona no estuviera delante de nosotros o no convocar la persona que tiene un TM a las actividades y eventos de ocio grupal.

En los documentos específicos de la investigación *La percepción de la salud mental en Cataluña*, se profundizará en las diferentes formas de rechazo que sufren las personas con TM en función de los contextos o las personas que las rechazan.



LA CONDESCENDENCIA, LA SOBREPOTECCIÓN Y EL CONTROL

« Yo sí veo una cierta condescendencia en mi caso. Es decir: Eh, ¿te encuentras bien? ¿Que te encuentras bien? ¿Cómo te encuentras? ¿Ahora estás bien? ¿Ahora no estás bien? Entonces, un poco esta condescendencia.» (0.a)

En consonancia con algunos de los estereotipos que se han revisado más arriba, un comportamiento o forma de relacionarse con las personas con TM bastante común es tratarlas con condescendencia o de forma infantil. En este caso, el sentimiento que se tiene hacia las personas con TM es de pena o aflicción.

Esta forma de relacionarse con ellas establece una jerarquía entre las dos personas. La relación se basa en la disimetría existente entre la persona que presenta un conjunto de carencias y la persona que ocupa una posición superior. Cuando se adopta esta actitud, la interacción deja de ser entre iguales y coloca a ambos interlocutores en roles claramente predeterminados. La persona que se encuentra en un plano de superioridad trata de forma infantil a la que padece el trastorno, siente lástima por su situación y no la concibe como alguien con quien se pueda relacionar de la misma forma que con el resto.

« Yo me he encontrado, me he ido con pacientes psicóticos crónicos hospitalizados a comer una paella a Cambrils, y la señora del restaurante decir: “pobres” ¿no? “el café ya os lo pago yo”.» (0.d)

Una vez establecidos estos roles, ciertas interacciones dejan de ser posibles (por ejemplo, compartir con la persona que tiene un TM nuestras preocupaciones) mientras que otras se convierten en «naturales» (por ejemplo, dar consejos a la persona con TM sobre cómo debe regirse, qué decisiones debería tomar, qué le conviene y qué no, etcétera).

Esta forma de discriminación, de hecho, no es vista como tal por algunas de las personas que la ejercen ni por algunas de las personas que son tratadas así. Este trato contribuye a desapoderarlas, las debilita y las incapacita.

EL **51,6 %** DE LAS PERSONAS CON TM MANIFIESTAN ESTAR SOBREPOTEGIDAS O CONTROLADAS EN ALGÚN ÁMBITO DE SU VIDA POR EL HECHO TENER UN TM

El 51,6 % de las personas con TM manifiestan estar sobreprotegidas o controladas (sufrir actitudes condescendientes, trato infantilizado o intromisión) en algún ámbito de su vida por el hecho tener un TM.

Vale la pena subrayar que los datos cuantitativos obtenidos en relación con esta forma de trato ponen de manifiesto que algunas personas no interpretan la condescendencia, el control o la sobreprotección como un trato discriminatorio. En los capítulos específicos de cada ámbito, se analizará en qué medida se da este fenómeno.

Este dato parece indicar, por lo tanto, que un porcentaje notable de las personas con TM no interpreta la sobreprotección o el control como actitudes discriminatorias. Esta tendencia es aún más pronunciada en el caso de las personas de menos de 30 años (29,6 %), mientras que en las personas de 45 años y más no es un fenómeno tan presente (18,6 %).

Quien conoce o tiene una relación cercana con una persona con TM, puede tender a ejercer un fuerte control sobre ella o a sobreprotegerla. Este comportamiento emerge, sobre todo, cuando se considera que estas personas no están capacitadas para gestionar su propia vida. Si la persona con TM es vista como débil, frágil y con falta de recursos personales, se tiende a arroparla, a interponerse entre ella y el entorno que la puede afectar negativamente, a desempeñar un papel de mediación entre ella y un medio que le es hostil.

Este trato, como se ha visto anteriormente, contribuye a incapacitar y debilitar la persona, provocando que disminuya su autoconcepto, dificultando su capacidad para tomar decisiones de manera autónoma y disminuyendo su resiliencia. La sobreprotección hace que 'aprenda' que hay que buscar la seguridad en los demás y, por lo tanto, a reducir su autonomía.

3.3 EL ESTIGMA ANTICIPADO

El estigma anticipado es el concepto utilizado para explicar el rechazo o la discriminación que la persona con TM prevé que puede recibir antes de que se haya producido. Esta anticipación se corresponde con la previsión de la devaluación o discriminación que la persona considera que experimentará por tener un TM. Este fenómeno se diferencia del estigma experimentado, es decir, de las vivencias estigmatizadoras que efectivamente se han producido.

El gráfico siguiente muestra la relación entre el estigma anticipado y el hecho de dejar de realizar actividades básicas en el desarrollo vital de la persona.

La lectura del gráfico pone de manifiesto el obstáculo que el estigma anticipado representa para la persona a la hora de relacionarse y desarrollarse como ser humano. El 40,9 % afirman que, frecuentemente, han dejado de hacer actividades de ocio, culturales o de deportes para evitar ser tratados injustamente por tener un TM, y el 39,8 % manifiestan que ha dejado de expresar su opinión en público. Las consecuencias del estigma anticipado también afectan al mundo laboral, como el hecho de dejar de trabajar (39,2 %) o dejar de buscar trabajo (39 %), a pesar de ser este un aspecto importante en el logro de una mayor independencia por parte de la persona con TM.

Es importante reseñar que el 88,8 % de los encuestados han dejado de hacer alguna de las actividades indicadas por el hecho de tener un TM.

GRÁFICO 1.18

¿Has dejado de hacer las actividades siguientes para evitar que te traten injustamente por el hecho de tener un TM?



4.

GESTIÓN DEL ESTIGMA: OCULTAMIENTO Y REVELACIÓN DEL TM

« **P11:** *Mi hijo ha llevado al trabajo compañeros que no tenían coche. Pero si yo les dijese, cuando bajasen del coche: ‘oye, tú que subes al coche con mi hijo, que se está medicando y toma pastillas cada día para estar estable’, se quedarían atónito.*

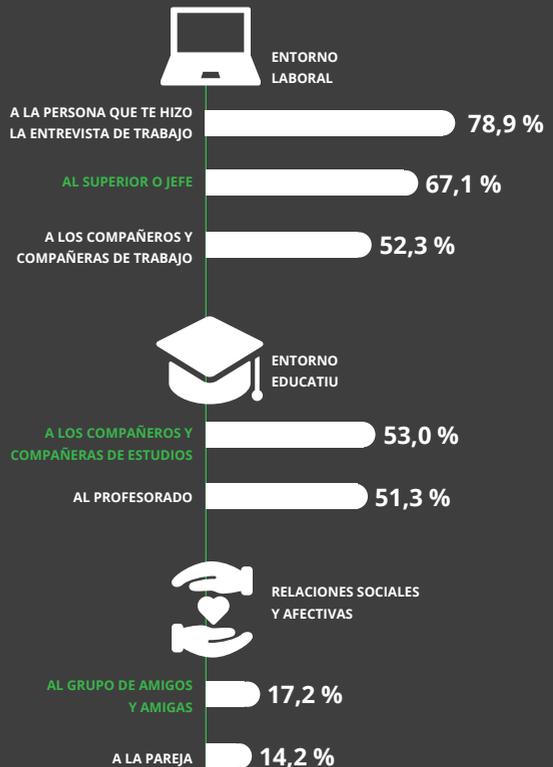
E: *¿Qué crees que pasaría?*

P11: *No sé qué pasaría, se quedarían patitiosos porque él trabaja como los demás, él habla como los demás, tiene una familia como los demás y trabaja. Y, quiero decir, conduce como los demás. Entonces, ¿qué pasaría?» (O.b)*

Las personas que tienen un TM, como se ha ido viendo, sufren las consecuencias negativas del estigma hacia la salud mental en casi todos los entornos sociales. Sin embargo, a diferencia de otras formas de discriminación, como el racismo o el machismo, en el caso que nos ocupa el estigma se puede gestionar escondiendo u ocultando el TM. De hecho, el imaginario social sobre el TM suele considerar, erróneamente, que las personas que tienen un TM viven una percepción alterada de la realidad, no pueden controlar sus emociones o pueden reaccionar de forma imprevisible en cualquier momento, etcétera. Es precisamente por estos motivos que, para las personas

GRÁFICO 1.19

¿Has ocultado totalmente o has tenido voluntad de ocultar totalmente tu TM?



« La gente que sabe que yo tengo una enfermedad mental, sí tiene este estigma sobre mí. Pero la gente que no me conoce y me ve por la calle, y no sabe que yo tengo una enfermedad mental, no me ve de esa manera. » (0.a)

que tienen un TM, es relativamente fácil ocultarlo, ya que al no responder a estos patrones de comportamiento no son identificadas como miembros de la categoría de personas con un TM.

NOS
ENCONTRAMOS
EN UN MARCO
GENERAL DE
OCULTAMIENTO
DEL TM

En este sentido, algunos participantes de los grupos de discusión explican que cuando deciden explicarlo suele ocurrir que, de entrada, las personas lo reciben con sorpresa o no se lo acaban de creer. En síntesis, ocultar el TM es una estrategia que permite esquivar la estigmatización y la discriminación.

El gráfico 1.19. muestra en qué medida las personas con TM ocultan su trastorno en los distintos ámbitos de su vida.

El entorno laboral es el ámbito donde la ocultación es más presente, ya que 4 de cada 5 personas (78,9 %) han ocultado su TM a la persona que les hacía la entrevista de trabajo (o se lo habrían ocultado pero no han podido por diversos motivos) y un 67,1 % al superior o jefe. Este porcentaje disminuye ligeramente cuando se hace referencia a los compañeros de trabajo, aunque sigue siendo muy elevado (52,3 %).

En los entornos educativos —nos referimos aquí solamente a recursos no dirigidos específicamente a personas con TM— la ocultación total sigue muy presente, tanto a los compañeros y compañeras de estudios (53 %) como al profesorado (51,3 %).

Únicamente en las relaciones sociales y de pareja la ocultación total es significativamente más baja. El 14,2 % han escondido el TM (o lo habrían querido esconder) a la actual o la última pareja, y el 17,2 % a todos los miembros del grupo de amigos y amigas. Aunque este último dato parece indicar que la gran mayoría cuentan a todas sus amistades que tienen un TM, hay que aclarar que, en realidad, la pauta de comportamiento más típica es la

REQUIERE UN
ESFUERZO
CONSTANTE
MANTENER EL TM
SOCIALMENTE
OCULTO

de explicarlo solamente a algunas, mientras que la revelación a todo el grupo de amistades no es muy habitual. En el documento específico dedicado a las relaciones sociales se profundizará en este análisis.

Tal como se irá viendo, la decisión sobre si ocultar o revelar que se tiene un TM, la decisión sobre a qué personas es conveniente esconderlo y con quién vale la pena compartirlo, se convierte en un rompecabezas.

A grandes rasgos, nos encontramos en un marco general de ocultamiento del TM. Es decir, las personas tienden a no contar que tienen un TM. De hecho, ocultar el TM no consiste simplemente en no contarlo. Hay que gestionar, tener presente y vigilar ciertos aspectos que podrían delatarlas:

- ✿ Aquellas personas que siguen un tratamiento farmacológico diario suelen tener cuidado de no tomar la medicación en espacios públicos o de forma ostensible para evitar preguntas.
- ✿ Es muy importante controlar algunos efectos secundarios de la medicación que, como los temblores, podrían delatarlas.
- ✿ Igualmente, han de ser capaces de ocultar externamente la sintomatología del trastorno cuando aparece. Por ejemplo, las personas que tienen delirios auditivos pueden escuchar voces que hablan sobre ellas, las juzgan o hacen comentarios sobre su actividad. Cuando esto sucede, según cuentan, hay que hacer un esfuerzo para evitar que la aparición de estos síntomas sea perceptible por parte de las personas que las rodean.

Por lo tanto, aunque las personas con TM, con el tiempo, van adquiriendo un conjunto de destrezas y estrategias que las ayudan a esconder el trastorno, y aunque es relativamente factible esconderlo, requiere un esfuerzo constante para mantenerlo socialmente oculto.

Además, ocultar el TM implica vivir bajo la amenaza de que, por diversos motivos, pueda ser revelado contra su voluntad. Obviamente, esta amenaza supone una fuente de tensión y de preocupación, una carga que debe soportar.

A pesar de que lo más habitual es no explicarlo, las personas con TM seleccionan ciertas personas a quienes consideran que, por proximidad o por confianza, es conveniente revelárselo. Revelar que se tiene un TM alivia, ya que ante estas personas no hay que soportar el peso de tener que fingir u omitir un aspecto importante de su vida. Además, con estas personas podrá compartir las preocupaciones relacionadas con el trastorno.

Más adelante, profundizaremos en esta cuestión focalizando en diferentes contextos en los que se dirige la tensión entre ocultar y revelar el TM, como, por ejemplo, el trabajo, la escuela, las amistades, etcétera.

5.

LOS MOTIVOS DE LA DISCRIMINACIÓN HACIA LAS PERSONAS CON TM

Las personas que han participado en los grupos de discusión han formulado una serie de explicaciones sobre los motivos por los que consideran que pervive el estigma en salud mental y los comportamientos discriminatorios hacia las personas con TM.

5.1 LA PERCEPCIÓN DEL TM ANCLADA EN LA ÉPOCA MANICOMIAL

«*La gente tiene estigma por cómo era la salud mental cien años atrás. Cogían al enfermo mental y lo encerraban de por vida en el psiquiátrico, y le daban unas descargas, no le daban medicación. Aquello era un pequeño infierno para el enfermo mental, se sufría mucho. Y la gente recuerda aquella época y se piensa que los enfermos mentales llevamos un cucurucho en la cabeza, la mano de Napoleón o mil historias que no son ciertas.» (O.a)*

Una de las explicaciones que emerge sobre las causas del estigma en salud mental hace referencia a la pervivencia de la imagen del trastorno mental propia de la época manicomial. Así, se explica que actualmente aún esté muy extendida la percepción de la salud mental vinculada a los complejos manicomiales, donde las personas afectadas se recluían de por vida. Esta percepción está repleta de imágenes que consolidan esta visión sobre el trastorno mental como «la mano de Napoleón», «el cucurucho en la cabeza», «la camisa de fuerza», «la administración de las descargas eléctricas», «las jaulas de aislamiento», etcétera.

Según se explica, a pesar de que la atención de la salud mental, los tratamientos y el modelo hospitalario actual guardan importantes diferencias en relación con el modelo y la época manicomial, esta percepción se ha conservado durante décadas y perdura en la actualidad. Esta imagen sobre la salud mental nutre al estigma y la discriminación al asociar las personas con TM con estos clichés provenientes de la época previa a la desinstitucionalización.

5.2 LOS MEDIOS DE COMUNICACIÓN

De manera bastante similar a lo visto en el apartado anterior, se explica que los medios audiovisuales han contribuido decisivamente a consolidar una determinada imagen del trastorno mental.

CINE Y SERIES

En este sentido, se hace referencia a algunas películas que han trasladado a la opinión pública una imagen del trastorno mental muy negativa. *Psicosis*, de Alfred Hitchcock, constituye uno de los pilares fundacionales de la vinculación entre el TM y la agresividad, la violencia y la impredecibilidad. De nuevo, aunque la película se estrenó en 1960, sigue teniendo un papel preponderante en la forma de comprender el TM, según se explica. Esta visión se ha consolidado gracias a otros filmes que han insistido en vincular el TM con el asesinato y la violencia, como *El resplandor* (1980) o *El silencio de los corderos* (1991). Estas películas utilizan el TM como recurso principal para desencadenar el terror en el espectador.

En el mismo sentido, se mencionan algunas series de televisión que giran alrededor de esta premisa, como, por ejemplo, *Mentes criminales*, en la que los asesinos presentan diferentes alteraciones psicológicas que explican sus actos.

Las conductas mostradas en estas películas ocurren con muy poca frecuencia, pero su exposición ha magnificado la percepción de su prevalencia entre la sociedad y ha interferido sustancialmente en la forma de concebir los TM.

PROGRAMAS DE TV, MAGACINES Y PRENSA

«Yo he sido gerente de un periódico. Por lo tanto, al respecto tengo algo que decir, por la experiencia que tengo ante la gerencia de un periódico. Solo hay que normalizarlo, pero como no vende, pues no se normaliza con la información. Normalizar significa naturalizar, hablar. Pero como esto es un negocio y eso no vende, pues no se hace. Como no se hace, no tienes los resultados. Y ya está» (O.b)

El tratamiento que se hace del TM en algunos programas de TV y magazines incide, según se afirma, a fortalecer la discriminación. Se mencionan algunos magazines de tarde en que el tratamiento sensacionalista de algunas noticias conduce a asociar automáticamente los casos de asesinato con el TM. Esta insistencia mediática en que se relaciona el TM con el asesinato incide, según se explica, en la consolidación del estereotipo de la agresividad.

Así, se explica que es habitual encontrar notas de prensa en las que, ante un acto de violencia o agresividad, se haga referencia a que el presunto autor tenía problemas psiquiátricos, sin que se haya hecho ninguna verificación de la información con fuentes autorizadas.

Igualmente, se menciona que es habitual que se incurra en el error causal inverso. Así, ante un caso en el que se sabe que la persona implicada tiene un diagnóstico en salud mental, entonces, sus conductas o reacciones son automáticamente atribuidas a su trastorno, sin que haya ninguna verificación de que, efectivamente, el trastorno sea la causa que explica su conducta y no otros factores o móviles.

A pesar de que este tratamiento de la información relacionada con el TM induce a publicar un número importante de noticias con informaciones erróneas, es poco habitual que se publiquen rectificaciones o fe de erratas relacionadas con este tema. Así, la sensación que se tiene es que la publicación de noticias con información errónea sobre cuestiones relativas a la salud mental no parece revestir gravedad ni relevancia.

Por último, los medios de comunicación contribuyen también a difundir y popularizar el uso del lenguaje discriminatorio. Tal como se ha visto, existen varios usos lingüísticos y expresiones populares que contienen efectos discriminatorios en salud mental. Cuando los medios de comunicación los usan, se convierten en un altavoz de estas expresiones y ayudan a popularizarlas.

5.3 LA FALTA DE CONOCIMIENTO E INFORMACIÓN SOBRE EL TM

MIENTRAS
QUE OTRAS
ENFERMEDADES
HAN RECIBIDO
UNA IMPORTANTE
ATENCIÓN
MEDIÁTICA EL
ÁMBITO DE LA
SALUD MENTAL
ES MUY
DESCONOCIDO

Probablemente, el motivo por el que se considera que la discriminación de las personas con TM sigue teniendo mucha presencia social es la falta de conocimiento e información sobre los trastornos, las problemáticas a las que deben hacer frente las personas que los tienen, la sintomatología, etcétera.

En el transcurso de los grupos de discusión, se insiste recurrentemente en la falta de conocimiento de los TM por parte de la población general. Mientras que otras enfermedades han recibido una importante atención mediática y buena parte de la población tiene conocimientos mínimos sobre su funcionamiento y los efectos que provoca, el ámbito de la salud mental es muy desconocido. Las personas participantes de los grupos de discusión usan, varias veces, la comparación con la diabetes, cuyo funcionamiento, sintomatología y tratamiento es conocido por buena parte de la población general.

Según se afirma, la mayoría de personas que no tienen una relación cercana con los TM desconocen:

- Los tipos de trastornos existentes y las diferencias entre cada uno.

1

Los síntomas positivos son el conjunto de signos que provocan situaciones de excitación, alteraciones de la percepción, conductas delirantes, etcétera, mientras que los síntomas negativos son los que ocasionan aplanamiento emocional, escasa o nula comunicación, desconexión con el entorno, etcétera.

- Cuáles son los síntomas de cada uno de los trastornos.
- Cuáles son los desequilibrios bioquímicos causantes de la sintomatología.
- La evolución histórica en el tratamiento farmacológico de los TM y cuáles son los tratamientos existentes.
- Los efectos secundarios de la medicación.
- La evolución de los trastornos y sus diferentes fases: que los trastornos suelen presentar episodios con presencia de sintomatología (crisis, brotes) y etapas de remisión. Es decir, que los TM presentan momentos con distintas intensidades.
- Que el TM no abarca la totalidad de la persona, sino que es solo una parte de ella.

En este sentido, es habitual que se confundan los diferentes trastornos mentales entre sí, que se atribuya erróneamente una única causa como factor desencadenante del trastorno, que se confundan algunos efectos secundarios de la medicación con los síntomas del trastorno o que se conozcan los síntomas positivos más que los negativos¹.

5.4 LA DICOTOMÍA SALUD FÍSICA / SALUD MENTAL

« Digamos que es algo que es físico, que lo has podido sufrir tú físicamente. Has tenido la quimioterapia, radioterapia, se te ha caído el pelo, luego te ha crecido, ha habido como una evolución que has podido palpar, que va de estar enfermo a estar curado. Y digamos que en las enfermedades mentales es como quizás algo que es menos apreciable, por el tema personalidad.

P3: Es muy difuso.

P1: Es muy difuso, no es tan...

P3: Que no le puedes poner un principio y un final...

P1: Exacto.

P3: Como sería el cáncer, que hay un momento en que el tumor ya no existe, ¿no?

P1: Bueno, yo creo que es menos tangible.» (0.c)

El análisis de la información obtenida en los grupos de discusión revela la existencia, en el imaginario social, de una fuerte distinción entre la salud física y la salud mental que explica por qué las personas reaccionan de forma diferente según a qué tipo de enfermedad tengan que hacer frente.

Según este relato, es más sencillo acompañar a una persona que tiene una enfermedad física, respaldarla y darle apoyo, que no hacerlo con una que tiene un trastorno mental. Los argumentos que sostienen esta afirmación giran en torno a un grupo de atribuciones

que hacen diferir sustancialmente una enfermedad física de una mental.

Se explica que una enfermedad física es tangible, se puede ver, se puede palpar, tiene materialidad. Así, se argumenta que las enfermedades físicas suelen tener una localización clara (por ejemplo, un órgano), son cuantificables (por ejemplo, nivel de glucosa en sangre en el caso de la diabetes) o tienen una curación inequívoca (por ejemplo, la solidificación ósea después de una rotura o la curación de un cáncer después de la quimioterapia). Las enfermedades mentales, en cambio, son intangibles, inaprehensibles, no se ven, no tienen una ubicación clara, se desconoce si remiten o si son crónicas. Así, se asevera que una enfermedad mental es difusa, poco tangible, indeterminada.

Esta construcción de la dicotomía mental/físico conduce a concluir que, mientras las enfermedades físicas son fáciles de comprender, las enfermedades mentales son un territorio desconocido y difícilmente alcanzable. Es por estos motivos que, según se afirma, es mucho más sencillo acompañar a una persona que tiene una enfermedad física y apoyarla que una que tiene un TM. La comprensión y el grado de conocimiento de ambos polos de la dicotomía es sustancialmente diferente: «así como no hay que romperse un hueso para saber y comprender qué es, si no has tenido nunca un trastorno mental no puedes saber de qué se trata exactamente».

6.

CONCLUSIONES DEL DOCUMENTO MARCO

1. El estigma en salud mental es **un fenómeno complejo y diverso que toma diferentes formas según el contexto y las relaciones** que se dan en él. El estigma en salud mental está constituido por diferentes estereotipos negativos. Estos estereotipos negativos activarán y operarán a la hora de relacionarse con las personas con un TM o al hacer valoraciones sobre ellas. Un 76,6 % de las personas con un TM afirman que se les ha atribuido frecuentemente alguna característica negativa por tener un TM.

2. Los **estereotipos sobre el TM** identificados son:

- a. La inestabilidad permanente:** tendencia a considerar que las personas con TM se encuentran permanentemente en estado de crisis o bajo los efectos de un brote.
- b. La impredecibilidad:** tendencia a pensar que las personas con TM pueden adoptar, de forma inesperada y sin previo aviso, comportamientos socialmente inapropiados.
- c. La peligrosidad o la agresividad:** tendencia a vincular el TM a conductas violentas o agresivas irracionales, sin móvil ni explicación coherente.
- d. La vagancia:** tendencia a considerar que las personas con TM son vagas, perezosas, holgazanas y que no se recuperan definitivamente de su trastorno porque no lo desean.
- e. La inteligencia o genialidad:** tendencia a considerar que las personas con TM, al no regirse por las convenciones sociales, filtran la información y los estímulos que reciben de formas inesperadas, creativas e innovadoras.
- f. El aplanamiento afectivo:** tendencia a considerar que las personas con TM están ausentes, no expresan emociones y les falta resonancia afectiva.
- g. La cronicidad:** tendencia a considerar que los TM se convierten en crónicos y no remiten, lo que subraya la fatalidad del destino que tendrá que afrontar esta persona.

UN **76,6 %** DE LAS PERSONAS CON UN TM AFIRMAN QUE SE LES HA ATRIBUIDO FRECUENTEMENTE ALGUNA CARACTERÍSTICA NEGATIVA POR TENER UN TM

h. La fragilidad: tendencia a considerar que las personas con TM, aunque no manifiestan exteriormente ningún desequilibrio ni síntoma, se encuentran, en realidad, en un estado de equilibrio precario y la más mínima afectación puede hundirlas.

i. La incapacidad o dependencia: tendencia a considerar que las personas con TM no tienen suficientes competencias para gestionar y conducir su vida.

j. La extravagancia: tendencia a considerar que las personas con TM no se ajustan a los códigos y normas sociales que regulan la interacción y la comunicación, lo que ocasiona que tengan comportamientos extraños, un estilo comunicativo poco empático y ausencia de capacidad para conectar con los demás.

k. El déficit cognitivo: tendencia a considerar que las personas con TM tienen dificultades para aprender, para hacer razonamientos abstractos o para comprender aspectos de la vida cotidiana correctamente.

l. El contagio: tendencia a considerar que el hecho de que las personas con TM vivan en una realidad desordenada y caótica conlleva arriesgarse a sucumbir a este «otro mundo» desorganizado y desarrollar un TM.

m. La falacia de la causa única: tendencia a considerar que el TM es el principio explicativo de todos los aspectos de la persona, cognitivos, conductuales y aptitudinales.

Las personas con TM manifiestan que la sociedad les ha atribuido frecuentemente que su TM es crónico (44,4 %), es decir, que no remitirá. La inestabilidad (42,9 %), la fragilidad (40,2 %) y el aislamiento social (39,3 %) son otras de las características que se atribuyen más frecuentemente a las personas con TM.

n. La fragilidad, la negatividad y la inestabilidad son características que se atribuyen sobre todo a las mujeres.

o. La inteligencia y genialidad y la falta de expresión de las emociones son características que se atribuyen sobre todo a los hombres.

p. La inestabilidad, la pereza, la peligrosidad o la agresividad y la negatividad son características atribuidas sobre todo a jóvenes menores de 30 años.

q. La cronicidad es una característica que se atribuye sobre todo a las personas mayores de 30 años, y este porcentaje se incrementa a medida que aumenta la edad.

3. A cada **TM** se le asocian ciertos **rasgos o características** de connotaciones negativas. Las prácticas discriminatorias son particulares para cada uno de los trastornos.

a. La esquizofrenia tiende a vincularse con los comportamientos agresivos y con la violencia. Igualmente, es habitual considerar que las personas esquizofrénicas son impredecibles. Consiguientemente, la esquizofrenia desencadena reacciones de miedo, evitación y rechazo.

b. La depresión, en cambio, está más asociada a la fragilidad, la debilidad y la autolisis. Por consiguiente, las personas que tienen una depresión suscitan comportamientos de condescendencia, trato infantilizante y de sobreprotección.

4. Los estereotipos actúan como atribuciones del entorno social que definen la persona con un **TM**. El **autoestigma** se da cuando estas atribuciones negativas se incorporan como propias y son la base de la auto percepción. La autoatribución de cronicidad (49,0 %) es la que aparece más a menudo. La fragilidad (45,2 %), la inestabilidad (43,4 %) o el aislamiento social (43,1 %) son otros estereotipos que aparecen con mayor frecuencia cuando las personas se definen a sí mismas.

5. El autoestigma implicará que la persona se evalúe a sí misma con la expectativa de cumplir los estereotipos que se le atribuyen socialmente por tener un **TM**. La importancia que tiene para cualquier persona la manera como la valora su entorno social hace que las personas con **TM incorporen el estigma y la discriminación**



EL AUTOESTIGMA
SE DA CUANDO
LA PERSONA
AFECTADA POR UN
TM INCORPORA
COMO PROPIAS
LAS ATRIBUCIONES
CON QUE LE
CARACTERIZA EL
ENTORNO SOCIAL

que se les atribuyen socialmente de forma aún más pronunciada.

a. La falta de expresión de las propias emociones, la fragilidad, la falta de capacidades intelectuales y la cronicidad del TM son las características que las personas con un TM tienden a atribuirse más de lo que lo hace la sociedad.

6. Entre la **población general** existe un enorme **desconocimiento sobre la salud mental** y los TM. No se habla abiertamente sobre las problemáticas de salud mental.

a. Hay poco conocimiento sobre qué es una problemática de salud mental. Se suelen confundir las problemáticas de salud mental con otras problemáticas cognitivas o degenerativas (discapacidad intelectual, Alzheimer, demencia senil, etcétera).

b. El desconocimiento y los estereotipos negativos promueven y predisponen a sentir miedo ante las personas con un TM.

7. Las personas con un TM son tratadas injustamente. Los principales comportamientos discriminatorios detectados son: el uso de lenguaje discriminatorio, el escarnio, el maltrato económico, la agresión física o sexual, la evitación o el rechazo, la condescendencia, la sobreprotección y el control.

a. El 80,1 % de las personas con un TM manifiestan haber sido tratadas injustamente en algún ámbito de su vida (personal, social, laboral y/o sociosanitario) por tener un TM.

b. Un 54,9 % de las personas con un TM afirman que, o bien en alguno de los ámbitos o bien por parte de alguna persona concreta, este trato negativo ha sido bastante o muy frecuente.

c. El 50,7% de las personas con TM han sufrido evitación o rechazo, que las personas de su entorno se han alejado de ellas por el hecho de tener un TM.

d. El 47,4 % de las personas con TM indican que han

EL **80,1 %** DE LAS PERSONAS CON UN TM MANIFIESTAN HABER SIDO TRATADAS INJUSTAMENTE EN ALGÚN ÁMBITO DE SU VIDA POR TENER UN TM

sido tratadas negativamente, con actitudes de menosprecio, burlas, insultos, coacción o culpabilización en algún ámbito de su vida por tener un TM.

e. El 51,6 % de las personas con TM indican que han sido sobreprotegidas o controladas (sufrir actitudes condescendientes, trato infantilizante o intromisión) en algún ámbito de su vida por tener un TM.

f. Algunas personas no interpretan la condescendencia, el control y/o la sobreprotección como un trato discriminatorio. Así, un 23,9 % de las personas que aseveran no haber sido tratadas injustamente por el hecho de sufrir un TM reconocen, en cambio, haber sido sobreprotegidas o controladas, ya sea en el ámbito educativo, en el laboral, en el marco de las relaciones de familia y de pareja o en las relaciones sociales. Esta tendencia a no interpretar la condescendencia, el control y/o la sobreprotección como un trato discriminatorio es aún más pronunciada en el caso de las personas menores de 30 años (29,6 %), mientras que en las personas de 45 y más años no es un fenómeno tan presente (18,6 %).

g. El 11,9 % de las personas con TM manifiestan haber sufrido agresiones físicas o sexuales en algún ámbito de su vida (personal, social, laboral o sociosanitario) por tener un TM.

8. Las personas con un TM utilizan **el ocultamiento del TM** como principal estrategia para evitar el estigma y la discriminación o hacerle frente.

a. En l'actual feina o en l'última, 4 de cada 5 persones (78,9 %) han ocultat el seu TM a la persona que els feia l'entrevista de feina (o l'haurien ocultat però no han pogut per diversos motius), un 67,1 % al cap o superior i un 52,3 % als companys i companyes de feina.

b. En els recursos formatius no dirigits específicament a persones amb TM, el 53 % de les persones han ocultat o haurien ocultat el seu TM als companys i companyes d'estudis, i un 51,3 % al professorat.

c. El 17,2 % de les persones han ocultat el seu TM a tots els membres del grup d'amics i amigues (o

LAS PERSONAS CON UN TM UTILIZAN EL OCULTAMIENTO DEL TM COMO PRINCIPAL ESTRATEGIA PARA EVITAR EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN O HACERLE FRENTE

EL **88,8%** DE LAS PERSONAS CON UN TM HA DEJADO DE HACER ALGUNA ACTIVIDAD POR MIEDO A SER DISCRIMINADO

2

Realizar actividades de ocio, culturales o de deporte; expresar la opinión en público; dejar el trabajo; dejar de buscar trabajo; hacer amistades; buscar pareja; estudiar; pedir ayuda a familia/pareja/amistades; ir de vacaciones; tener hijos; arse; gestionar las propias emociones; acudir a los servicios sociales; acudir a los servicios de salud general; acudir a los servicios de salud mental.

l'haguessin ocultat però no han pogut per diversos motius).

d. El 14,2 % de les persones han ocultat el seu TM a l'actual o última parella (o l'haguessin ocultat però no han pogut per diversos motius).

9. Ocultar el TM supone una carga añadida para la persona con un TM, porque debe controlar todos aquellos elementos que podrían revelar que tiene un TM: la medicación, los efectos secundarios, la relación con los servicios de salud mental, las acreditaciones de discapacidad, etcétera.

10. Las personas con un TM dejan de perseguir algunos de sus deseos o dejan de hacer actividades sociales por miedo a ser discriminadas. El estigma anticipado es el concepto utilizado para explicar el rechazo o la discriminación que la persona con TM prevé que puede recibir antes de que se hayan producido. Esta anticipación se corresponde con la previsión de la devaluación o discriminación que la persona considera que experimentará por el hecho de tener un TM. Este fenómeno se diferencia del estigma experimentado, es decir, de las vivencias estigmatizadoras que, efectivamente, se han producido.

a. El 88,8 % de las personas con un TM han dejado de hacer alguna actividad por el hecho de tener un TM².

b. El 40,9 % de las personas con un TM afirman que, frecuentemente, han dejado de hacer actividades de ocio, culturales o deportivas para evitar ser tratadas injustamente por el hecho de tener un TM.

c. El 39,8 % de las personas con un TM manifiestan que han dejado de expresar su opinión en público para evitar ser tratadas injustamente por el hecho de tener un TM.

d. Las personas con un TM afirman haber dejado de trabajar (39,2 %) y haber dejado de buscar trabajo (39 %) para evitar ser tratadas injustamente por el hecho de tener un TM.

7.

CONCLUSIONES DE LOS DOCUMENTOS ESPECÍFICOS

En este último capítulo, expondremos las conclusiones obtenidas de los distintos documentos específicos de la investigación *El estigma y la discriminación en salud mental en Cataluña*. Los documentos específicos centran su análisis sobre el estigma y la discriminación en los principales ámbitos del ciclo vital de una persona: el ámbito educativo, el ámbito laboral, el ámbito familiar, el ámbito de pareja, el ámbito de la salud y el ámbito de las relaciones sociales.

7.1 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO EDUCATIVO

Los principales efectos del estigma y discriminación detectados en los entornos educativos son:

EL PROFESORADO

- 1.** En los entornos educativos, pueden surgir actitudes de **miedo, inseguridad y dudas** a la hora de tratar los alumnos con TM en el aula. El profesorado puede percibir el trabajo educativo con los alumnos con un TM como una carga añadida que les obligará a salir de su zona de confort.
- 2.** Cuando no hay profesionales especializados que apoyen la atención de personas con un TM en el aula, el **ensayo y error** se convierte en el método que utiliza el profesorado para conciliar las necesidades del alumnado con un TM.
- 3.** La **adaptación** de las **normativas**, de las **dinámicas de aula** y de los **programas curriculares** a las necesidades de la persona con un TM son prácticas del profesorado que ayudan a la progresión académica.
- 4.** El profesorado intenta buscar el **apoyo de los recursos especializados** de que dispone para tratar con el TM en los centros educativos. Estos recursos pueden ser: psicopedagogos/ogas, EAP, escuelas de educación especial y CSMIJ, etcétera.
- 5.** No todos los recursos especializados tienen **formación** para tratar las necesidades propias del TM. Muchos de los recursos tienen la formación para aten-

EL **29,5 %** DE LAS PERSONAS CON UN TM HA SUFRIDO TRATO DISCRIMINATORIO POR PARTE DE LOS COMPAÑEROS Y COMPAÑERAS EN EL ENTORNO EDUCATIVO

der las necesidades especiales del alumnado, pero no tienen conocimientos sobre salud mental.

6. El **18,9 %** de las personas con TM han recibido trato discriminatorio dentro de los centros educativos por parte del profesorado. Los comportamientos discriminatorios más habituales son:

- a.** La **evitación y el rechazo**: un 8,1 % del alumnado ha sido evitado o rechazado por parte del profesorado, por ejemplo, siendo excluido de las dinámicas docentes que realizan sus compañeros de curso.
- b.** La **sobreprotección** y el **control**: el 15,2 % de las personas con TM han sufrido sobreprotección o control por parte del profesorado.
- c.** El **escarnio**: el 5,2 % del alumnado ha recibido burlas, ha sido culpabilizado, despreciado o ridiculizado por comportarse de forma diferente del resto.

7. En algunos casos en que los compañeros del centro educativo discriminan a las personas con TM, el profesorado puede actuar de manera **negligente** y no intervenir para detener esta actitud.

8. El profesorado considera que los principales motivos que dificultan ofrecer un trato adecuado a las personas con TM son: el **desconocimiento del diagnóstico**, la **falta de profesionales especializados** y la **falta de conocimientos y herramientas** para dar una buena respuesta educativa a las personas con un TM.

EL ALUMNADO

9. El **29,5 %** de las personas con un TM **ha sufrido trato discriminatorio** por parte de los compañeros y compañeras en el entorno educativo. Los comportamientos discriminatorios más habituales son:

- a.** La **evitación** y el **rechazo**: el 14,3 % de las personas con un TM perciben que los compañeros se alejan

o les impiden participar en actividades escolares grupales.

b. El escarnio: el 10,8 % de las personas con un TM reciben insultos y burlas. Los comentarios despectivos empeoran cuando se extienden rumores basados en los estereotipos negativos asociados al trastorno mental.

c. La sobreprotección: el 10,8 % de las personas con un TM han experimentado sobreprotección y control por parte de compañeros y compañeras.

LA GESTIÓN DEL TM

1. Ante el temor de sufrir discriminación, la mayoría de personas con un TM deciden **ocultar el diagnóstico**. Así, el 51,3 % de las personas con un TM deciden ocultarlo al profesorado y el 53 %, a los compañeros y compañeras. El ocultamiento no es solamente no revelar que se tiene un trastorno mental; implica también poner en funcionamiento toda una serie de acciones y recursos para ocultar constantemente cada detalle que podría revelarlo. No es, pues, una mera decisión que se toma pasivamente, sino que requiere un esfuerzo constante, una acción voluntaria que se debe estar ejecutando en todo momento.

2. El TM es difícil de ocultar cuando se está en las primeras etapas formativas (escuelas e institutos) porque hay una fuerte normativización del uso de los tiempos y de los espacios escolares y, además, el profesorado ejerce una importante tutela sobre los alumnos.

3. Dada la **dificultad de ocultar el TM**, el 3,8 % de las personas no consiguen ocultarlo al resto del alumnado, y el 4,5 %, al profesorado. Por ello, para ocultar el TM es necesario:

a. La complicidad del profesorado cuando las crisis se dan en la escuela o en el instituto. El tutor se convierte en el principal referente para pedir ayuda.

- b.** La complicidad de los compañeros y compañeras para que ayuden a encubrirlo.
 - c.** Ocultar señales que puedan revelar el TM, como la sintomatología y la medicación.
- 4.** Las personas con TM prefieren ocultar el TM, pero en caso de revelarlo, lo hacen mayoritariamente de forma parcial.
- a.** El 23,2 % de las personas con un TM deciden confiar en algunos profesores para explicarles que tienen un TM. En cambio, el 30,7 % de las personas con un TM comparten el diagnóstico con algunos compañeros o compañeras de clase.
 - b.** El 20,9 % de las personas con un TM deciden revelar el TM a todo el conjunto del profesorado. En cambio, solo el 10,7 % afirman haber compartido el diagnóstico con todo el alumnado.
- 5.** La 5. incomprensión de la vivencia del TM dificulta que la persona lo pueda **explicar abiertamente** y de manera clara en su entorno cercano.
- 6.** Cuando el entorno educativo conoce el diagnóstico, la persona con un TM realiza comportamientos de **re-
traimiento social como mecanismo de defensa** ante la incomprensión y la discriminación.
- 7.** El **abandono de los estudios** o el **cambio de centro** son mecanismos para ocultar de nuevo un TM que se había hecho visible para todo el mundo y/o para alejarse de un trato discriminatorio en el entorno educativo.

7.2 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO LABORAL

Los principales efectos del estigma y la discriminación detectados en los entornos laborales son:

EL EMPLEO DE LAS PERSONAS CON UN TM

1. La **tasa de paro** de las personas con TM es del 61,9 %, 44,2 puntos más elevada que el último dato de paro de Cataluña (17,7 %³).

a. En la población general, la tasa de paro es más elevada en mujeres (19,1 %) que en hombres (16,5 %); en la población con TM, lo es más en hombres (67,1 %) que en mujeres (56,8 %).

LA DISCRIMINACIÓN A LA FEINA

2. El **40,6 %** de las personas con un TM manifiestan haber recibido **trato injusto** en el entorno laboral en alguna ocasión.

a. El 18,4 % de las personas con un TM afirman que este trato injusto ha sido bastante o muy frecuente.

b. El 22,3 % de las personas con un TM afirman que este trato injusto ha sucedido pocas veces.

3. Los tipos de trato injusto más habituales son:

a. El 19,5 % de a. las personas con TM han sufrido **a. burlas, insultos, coacción, culpabilización y menosprecio** en el entorno laboral por tener un TM.

b. El 14,8 % de b. las personas con TM han sufrido **sobrepotección y control** en el entorno laboral por tener un TM.

LA TASA DE PARO
DE LAS PERSONAS
CON TM ES DEL
61,9 %, 44,2
PUNTOS MÁS
ELEVADA QUE EL
ÚLTIMO DATO DE
PARO DE CATALUÑA
(17,7 %)

c. El 16,9 % de las personas con TM han sufrido **rechazo y evitación** en el entorno laboral por tener un TM. La persona con TM puede sufrir la exclusión de los espacios de relación interpersonal, como momentos de pausa y descanso.

4. Existe la tendencia de que las personas con TM estén **infraocupadas**.

a. Las personas son reasignadas a tareas infracualificadas o en categorías laborales inferiores cuando se revela el trastorno mental en el trabajo.

b. Las personas acceden a puestos de trabajo para ocuparse de tareas infracualificadas en el marco de la LISMI.

5. Las empresas tienden a **justificar la infravaloración** por diferentes motivos:

a. Por miedo a que el estrés laboral afecte a la persona y le provoque un brote o que realice actos peligrosos.

b. Por una atribución de pérdida de capacidades a causa de su TM.

6. La infraocupación se puede deber a una **reducción de las expectativas laborales** de la persona con un TM. La necesidad de encontrar un trabajo las empuja a aceptar trabajos infracualificados.

7. Existe una tendencia en las empresas a **desconfiar** de las personas con TM y, consecuentemente, se despliegan prácticas de **control y seguimiento** ininterrumpido de sus actividades laborales que desvalorizan e incapacitan a la persona:

a. La desconfianza es independiente de la capacidad demostrada por la persona en la resolución de las tareas.

b. La desconfianza en la persona con TM es más elevada cuando desarrolla tareas de responsabilidad y atención al público.

8. Las empresas tienden a vivir como un riesgo el hecho de **flexibilizar su cultura organizativa** para incluir

las necesidades especiales de las personas con un TM en el funcionamiento organizacional.

9. El **despido** es la tipología de rechazo más extrema que se puede encontrar la persona con un TM en el ámbito laboral y se justifica con los motivos siguientes:

- a.** Se argumenta que las personas con TM son impredecibles, inconstantes y dependientes.
- b.** Se argumenta que las personas con TM solicitan más bajas laborales y, por lo tanto, perjudican la producción.
- c.** Se argumenta que las personas con TM tienen tasas de absentismo más elevadas que otras personas.
- d.** Se argumenta que las personas con TM perjudican el clima laboral y tienen problemas para trabajar en equipo.

10. Las empresas que tienen políticas de RSC internas enfocadas a la salud y/o equipos directivos concienciados con las problemáticas de salud mental están más predispuestas a adaptar el puesto de trabajo a las necesidades de la persona con un TM. Esta buena práctica se da, principalmente, cuando el TM ha aparecido en uno de sus trabajadores y no en la contratación.

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL ESTIGMA EN EL TRABAJO

11. El **ocultamiento** es la principal estrategia para hacer frente al estigma y la discriminación en los entornos laborales. El 48,5 % de las personas con un TM ocultan —o hubieran querido ocultar pero no han podido— el TM en el trabajo.

- a.** El 67,1 % de las personas con un TM ocultan o habrían ocultado el TM a su superior.
- b.** El 73,8 % de mujeres con un TM no han explicado su TM al jefe, frente al 57,2 % de hombres.

EL **48,5 %** DE LAS PERSONAS CON UN TM OCULTAN —O HUBIERAN QUERIDO OCULTAR PERO NO HAN PODIDO— EL TM EN EL TRABAJO

c. El 79,2 % de los jóvenes con un TM (menores de 30 años) ocultan el TM a su superior o jefe, mientras que las personas de 45 o más años lo hacen en un 63,3 % de los casos.

d. El 52,3 % de las personas con un TM ocultan o habrían ocultado el TM a sus compañeros de trabajo.

12. Las personas que han ocultado el TM han de hacer un esfuerzo constante para controlar cualquier indicio o situación que pueda revelar su TM.

13. Las personas con un TM utilizan la revelación como estrategia de gestión del estigma, principalmente cuando han establecido una relación interpersonal de confianza y cuando en el trabajo ha puesto de manifiesto su capacidad para trabajar.

a. El 38 % de las personas con un TM revelan parcialmente el TM, es decir, tan solo lo explican a algunas personas del entorno laboral.

b. El 13,6 % de las personas con un TM explican a todos su TM.

c. El 32,9 % de las personas con un TM han explicado o habrían explicado el TM a su superior o jefe.

d. El 73,8 % de mujeres con un TM no han explicado su TM al jefe, frente al 57,2 % de hombres.

e. El 31,2 % de las personas con un TM revelan parcialmente el TM a sus compañeros de trabajo.

f. El 12,9 % de las personas con un TM explican el TM a todos sus compañeros de trabajo.

g. El 62,4 % de los hombres jóvenes con un TM revelan o hubieran querido revelar su TM a los compañeros de trabajo. Por el contrario, en el caso de las personas mayores de 45 años, este porcentaje es del 33,8 %. Esto no ocurre en el caso de las mujeres jóvenes, que solo en un 25,4 % de los casos cuentan —o hubieran querido explicar— el TM a los compañeros y compañeras.

LA DISCRIMINACIÓN EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO

- 14.** Las personas con un TM tienen **menos oportunidades para ser contratadas**, tanto en el mercado ordinario como en el mercado protegido, debido al estigma y la discriminación.
- 15.** El **19,2 %** de las personas con un TM afirman haber sido **tratadas injustamente** durante las entrevistas de trabajo por tener un TM.
- a.** El 26,7 % de las mujeres indican haber experimentado trato injusto en alguna medida, frente al 14,5 % de los hombres.
 - b.** El 43 % de mujeres con un TM de 45 y más años manifiestan haber sufrido un trato injusto.
 - c.** El 9,2 % de las personas con un TM afirman haber sido tratadas mal (burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio) en la entrevista de trabajo por tener un TM.
- 16.** Hay una tendencia en las empresas y las personas responsables de la contratación a creer que las personas con un TM tienen una **baja productividad y un peor rendimiento**.
- a.** Se cree que las personas con un TM tienen más bajas laborales y más largas que el resto de las personas.
 - b.** Se percibe a las personas con un TM como inconstantes y, por lo tanto, incapaces de mantener un rendimiento estable en el trabajo.
 - c.** Se percibe a las personas con un TM como holgazanas.
- 17.** Hay una tendencia en las empresas y las personas responsables de la contratación a creer que las personas con un TM son más problemáticas, a pensar que incrementarán la **conflictividad laboral** y perjudicarán el trabajo en equipo.
- a.** Se presupone que las personas con un TM tienen dificultades para relacionarse con la gente.

- b.** Se presupone que las personas con un TM no tienen habilidades comunicativas.
 - c.** Se percibe a las personas con un TM como impredecibles, son un riesgo para la empresa ya que no se puede prever cuándo serán conflictivas.
- 18.** Hay una tendencia en las empresas y las personas responsables de la contratación a creer que las personas con un TM son **incapaces de asumir** completamente las **tareas** que les son asignadas.
- 19.** Las empresas se declaran incapaces de detectar cuáles son las limitaciones y las capacidades de una persona con TM, ya que el TM es intangible.
- 20.** La Ley de Integración Social de los minusválidos (**LISMI**) no es una ley efectiva para la contratación de las personas con un TM. Hay una tendencia a incorporar cualquier otra persona con «minusvalía» antes que a una persona con un TM o los servicios de empresas del mercado protegido.

ESTRATEGIAS DE GESTIÓN DEL ESTIGMA EN LA BÚSQUEDA DE EMPLEO

- 21.** La principal estrategia de gestión del estigma y la discriminación en la búsqueda de empleo es el **ocultamiento**. El **78,9 %** de las personas con un TM no han explicado (o lo habrían ocultado, pero no han podido) que tienen un TM en la entrevista de trabajo.
- a.** El 86,7 % de las mujeres han ocultado TM (o lo habrían ocultado, pero no han podido) en la entrevista de trabajo. En cambio, los hombres han ocultado el TM en un 67,6 % de los casos.
 - b.** Las personas jóvenes con un TM (menores de 30 años) ocultan su TM en un 88 % de los casos, mientras que las personas con un TM de 45 o más años lo hacen en un 70,3 % de los casos.

22. Las personas con TM prefieren ocultar TM cuando buscan trabajo:

- a.** El ocultamiento garantiza que se haga una valoración de la persona de acuerdo con sus capacidades y su currículum, y no de acuerdo con los estereotipos.
- b.** El ocultamiento evita ser discriminado en el futuro puesto de trabajo por los compañeros y superiores.
- c.** El ocultamiento conlleva enfrentarse a un sentimiento de culpabilidad por no haber revelado algo que es importante y relevante para la persona.

22. La revelación es una estrategia minoritaria a la hora de buscar trabajo. Solo el 17,8 % de las personas con un TM han explicado que tienen un TM en la entrevista de trabajo. La revelación se vincula a:

- a.** Las personas que no han sufrido discriminación en su entorno laboral son propensas a revelar el TM.
- b.** La revelación facilitaría que, en caso de que se requiera ayuda y apoyo, los compañeros puedan saber qué está sucediendo y cómo actuar.
- c.** La revelación abre la posibilidad de tener información para entender a las personas que tienen un TM.
- d.** La revelación es un camino para derribar los prejuicios alrededor del TM; es una forma activa de combatir la discriminación.
- e.** Le. a revelación se vincula a las ventajas que aporta la LISMI o al acceso al mercado protegido.

7.3 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO FAMILIAR

Los principales efectos del estigma y la discriminación detectados en el ámbito de la familia son:

LA GESTIÓN DEL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN

- 1.** Cuando el entorno social no sabe que uno de los miembros tiene TM, el núcleo familiar puede optar por ocultarlo. **Ocultar el TM** supone que la persona con TM y la familia tienen que ponerse de acuerdo para establecer una versión conjunta de los hechos.
- 2.** Cuando el entorno social sabe que uno de los miembros tiene un TM, el núcleo familiar puede optar por **regular y restringir la información sobre el TM** que transmite al entorno social. Reconoce públicamente la existencia de un problema de salud mental, pero no hace ninguna referencia al diagnóstico ni a la sintomatología.
- 3.** La familia puede **recluirse socialmente** como estrategia para evitar el estigma y la discriminación reduciendo drásticamente su participación en actividades sociales. La reclusión social responde a sentimientos de culpa y vergüenza ante el TM.
 - a.** La reclusión social puede provocar menos vinculación de la persona con un TM con los servicios de la red de salud mental.
 - b.** La reclusión social dificulta los procesos de socialización.
 - c.** La reclusión social es una reproducción del modelo de reclusión institucional tradicional a escala familiar.

EL TRATO POR PARTE DE LA FAMILIA

4. El **50,4 %** de las personas con TM han sufrido un **trato injusto por parte de la familia nuclear** por tener un TM, y un **38,6 %** por parte de la **familia extensa**.

a. Hay diferencias significativas según el sexo: el 56,2 % de mujeres con TM han sufrido un trato injusto por parte de la familia nuclear, mientras que en los hombres el porcentaje baja hasta un 44,8 %.

b. Hay diferencias significativas según el sexo y la edad: el 64,3 % de las mujeres jóvenes con TM (menores de 30 años) manifiestan haber sufrido un trato injusto por parte de la familia nuclear, mientras que en los hombres se manifiesta un 36 %.

5. En algunas familias, el TM se convierte en un **tema tabú**. En consecuencia, no se habla de ello, se omite esta cuestión en las conversaciones familiares y se trata a la persona como si esta parte de su vida no existiera.

6. Las familias apelan al TM y a su sintomatología para **desacreditar y subestimar** las opiniones de las personas que tienen un TM, que se consideran fruto de delirios y con falta de criterio lógico.

a. El 21 % de las personas con un TM han vivido burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio a lo largo de la vida por parte de la familia nuclear.

b. Las mujeres con TM viven un 9,4 % más de situaciones de maltrato en forma de burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio que los hombres.

7. El **12,4 %** de las personas con TM han vivido situaciones de **evitación, rechazo y alejamiento** por parte de familia nuclear, y el 13,1 %, por parte de la familia extensa debido a la irrupción del TM.

8. La **sobreprotección y el control** emergen cuando la familia considera que la persona con TM es frágil

y dependiente y, por ello, incapaz de enfrentarse a un entorno social que le es hostil y que amenaza su estabilidad. Consiguientemente, la familia realiza un conjunto de acciones para protegerla de manera exagerada y regular la influencia del entorno. La sobreprotección, de rebote, se convierte en una carga añadida para las familias que la ejercen, ya que requiere tiempo y dedicación.

- a.** El 32,3 % de las personas con un TM han vivido situaciones de sobreprotección o control a lo largo de la vida por parte de la familia nuclear.
- b.** Se resalta que un 22,7 % de las personas con un TM manifiestan que estas situaciones se han dado este último año.
- c.** El 35,9 % de las personas jóvenes con un TM (menores de 30 años) manifiestan haber vivido situaciones de sobreprotección o control, frente al 13,7 % mayores de 45 años.
- d.** Las mujeres con un TM viven situaciones de sobreprotección y control un 8,9 % más que los hombres.

9. La familia juega un papel central en la autopercepción de la persona con TM y, por lo tanto, también en la aparición de **autoestigma**. El trato basado en la omisión, el distanciamiento, la desacreditación o la sobreprotección potencian el autoestigma, y provocan que la persona con un TM incorpore como propios los estereotipos negativos y las expectativas que el entorno familiar le atribuye.

LA INTROMISIÓN POR PARTE DE LA FAMILIA

10. El **29,8 %** de las personas con un TM afirman que su familia nuclear ha **explicado** que tiene un **TM** a otras personas, **sin su consentimiento**.

- a.** El 42,2 % de las personas jóvenes con un TM (menores de 30 años) afirman que su familia nuclear (padre,

madre, hermanos o hijos) han explicado que tiene un TM a otras personas sin su consentimiento.

b. Las mujeres con un TM se ven afectadas un 11,5 % más que los hombres por esta situación.

11. El **29,2 %** de las personas con un TM manifiestan que la familia se ha interpuesto en la gestión de su economía porque las consideran incapaces de hacerlo por sí solas.

a. El 32,6 % de los hombres manifiesta que la familia se ha interpuesto en su economía ante el 25,4 % de las mujeres.

b. Se han detectado situaciones de intromisión económica cuando el dinero proviene de pensiones o de herencias. En cambio, no se han detectado situaciones similares cuando los ingresos provienen de los ingresos laborales.

EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN HACIA LA FAMILIA

12. La familia también es objeto de discriminación y estigma. La discriminación por el hecho de tener un TM se extiende, por asociación, a todo el núcleo familiar, lo que se conoce como «contagio social». Esta situación se da sobre todo cuando la persona con TM es menor de edad.

EL DEBATE SOBRE LA INCAPACITACIÓN

13. La incapacitación legal es un recurso que no siempre se adapta a la progresión y que puede hacer la persona con un TM. Es un **mecanismo legal rígido** que quiere dar respuesta a un fenómeno dinámico. Por ello, la incapacitación:

a. Puede perpetuar los estereotipos negativos que se atribuyen a la persona con un TM.

EL **29,2 %** DE LAS PERSONAS CON UN TM MANIFIESTAN QUE LA FAMILIA SE HA INTERPUESTO EN LA GESTIÓN DE SU ECONOMÍA PORQUE LAS CONSIDERAN INCAPACES DE HACERLO POR SÍ SOLAS

- b.** Puede restar valor a los procesos de recuperación de la persona con TM.
- c.** Puede ser un recurso de presión que la familia utilice para acceder al control patrimonial y de las herencias.
- d.** Puede suponer una medida que enmascara prácticas de discriminación de las figuras tutoriales.

14. El **diálogo** y los **pactos** entre la familia y la persona con TM son clave para adaptar la rigidez de la incapacidad legal a los espacios de vida independiente de la persona.

15. El uso de **medidas alternativas**, como los poderes notariales o la curatela, pueden contribuir a establecer formas alternativas de gestión de la conciliación de la protección de la seguridad familiar con la libertad y autonomía de la persona.

7.4 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO DE LA PAREJA

Los principales efectos del estigma y la discriminación detectados en el ámbito de la pareja son:

RELACIONES DE PAREJA CUANDO EL TM ES SOBREVENIDO O EXISTE PREVIAMENTE

1. Uno de los elementos que determina las relaciones de pareja es el momento en que emerge el TM. Las personas con un TM y sus parejas se enfrentan a diferentes dilemas según si el TM es previo a la relación de pareja o si el TM emerge en una relación de pareja consolidada.

CUANDO EL TM ESTÁ DIAGNOSTICADO PREVIAMENTE AL INICIO DE LA RELACIÓN:

2. La persona que tiene un TM, anticipando y previniendo la discriminación, puede optar por **evitar tener relaciones afectivas**, no buscar pareja, a fin de eludir el malestar y desencanto que le produciría sentirse rechazada por el hecho de tener un TM.

3. Cuando se pregunta a personas no afectadas si tendrían una relación con alguien con TM, esgrimen una serie de argumentos que las hacen dudar:

- a.** Se hace referencia a estereotipos como la agresividad, la inestabilidad o la falta de habilidades sociales y sentimentales, lo que dificultaría establecer y mantener una relación.
- b.** Se muestra preocupación por las tareas de atención que requeriría ser la pareja de una persona con TM.

CUANDO A UNO DE LOS MIEMBROS DE LA PAREJA LE SOBREVIEENE UN TM

4. La irrupción del TM implica una **adaptación**, por parte de ambos miembros de la pareja, a las nuevas necesidades derivadas del TM, como ocurre con cualquier otra enfermedad.

5. En algunos casos, la irrupción del TM puede desencadenar la **ruptura de la relación**. Aun así, se coincide en que en el marco de una relación ya consolidada tiende a prevalecer la voluntad de ayuda y **apoyo**.

LA GESTIÓN DEL ESTIGMA

6. Un **10,2 %** de las personas con TM **han ocultado el TM** a la pareja para evitar el posible rechazo e incomprensión.

a. La decisión de ocultar o revelar el TM depende del tipo de relación y de su duración. Así, es más habitual ocultarlo al inicio de una relación.

b. Las personas jóvenes (menores de 30 años) ocultan más el TM a sus parejas (17,4 %) que las de más de 44 años (6,6 %).

7. Un **85,8 %** de las personas conb TM **han revelado el TM** a su pareja (o lo habrían hecho, pero ya lo sabía):

a. Se considera que es importante poder explicar que se tiene un TM a la pareja cuando la relación es estable y está consolidada. Conviene que la otra persona conozca no solo la presencia del TM, sino también las implicaciones y rutinas que lo caracterizan.

b. Se considera que la revelación es una estrategia deseable para ambas partes, ya que refuerza la confianza, facilita la comprensión y genera dinámicas positivas dentro de la pareja.

c. Cuando la revelación del TM no va acompañada de una actitud empática y de escucha activa por parte de

la pareja, suele producirse una ruptura o deterioro de la calidad de la relación.

8. Existe una fuerte **tensión entre** la decisión de **ocultar y revelar** el TM, lo que hace que la persona con TM tenga dudas sobre cuál es el momento oportuno para revelarlo.

EL TRATO DISCRIMINATORIO

LA DISCRIMINACIÓN PREVIA A LA RELACIÓN DE PAREJA

9. Un **19,2 %** de las personas con un TM **no han tenido pareja** desde que fueron diagnosticadas con un TM.

10. A veces, se **rechaza** tener una relación de pareja con una persona con TM por los siguientes motivos:

a. Se presupone que la persona con TM será inestable, imprevisible o agresiva y, por lo tanto, se percibe que la relación de pareja será una serie de altibajos.

b. Se considera que la persona con TM es débil, frágil e inestable y, por lo tanto, necesita recibir cuidado y apoyo incondicional de quien la rodea.

11. Las personas con TM son **reacias a iniciar o mantener una relación de pareja** por diferentes motivos:

a. Por estigma anticipado, es decir, el miedo a ser rechazadas y discriminadas por el hecho de tener un TM. Así, se sienten inseguras, evitan las relaciones y, en algunos casos, se aíslan.

b. Por autoatribución de características que imposibilitarían mantener una relación de pareja estable, como la impulsividad o la inestabilidad.

12. Cuando aparece alguna dificultad al inicio de la relación, se tiende a atribuir al TM y no a las complicaciones propias de las dinámicas de pareja.

EXISTE UNA FUERTE
TENSIÓN ENTRE
LA DECISIÓN
DE OCULTAR Y
REVELAR EL TM,
LO QUE HACE QUE
LA PERSONA CON
TM TENGA DUDAS
SOBRE CUÁL ES
EL MOMENTO
OPORTUNO PARA
REVELARLO

LA DISCRIMINACIÓN DURANTE LA RELACIÓN DE PAREJA

13. El **40 %** de personas con TM han sufrido episodios de **trato injusto** por parte de la pareja por el hecho de tener un TM. En un 18,9 % de los casos, ha ocurrido bastante o muy frecuentement.

a. El 44,6 % de las mujeres con un TM han sido tratadas injustamente por su pareja por el hecho de tener un TM, en contraposición al 33,8 % de los hombre.

14. La **sobreprotección** y el **control** son el tipo de maltrato más frecuente en las relaciones de pareja. El 18,7 % de las personas con un TM han vivido estas situaciones a lo largo de la vida, y el 13,8 %, en el último año.

a. Las mujeres sufren más a menudo sobreprotección y control por parte de su pareja (21,6 %) que los hombres (14 %).

b. Los jóvenes con TM se deben enfrentar a situaciones de sobreprotección y control por parte de su pareja con más frecuencia (30,4 %) que los mayores de 30 años (19,7 %) y que los mayores de 45 años (12,3 %).

15. El **11,4 %** de las personas con TM han sufrido **15. burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio** por tener un TM. A pesar de que este tipo de maltrato puede darse sin que haya un TM presente, se relata que se suele hacer referencia al TM para insultarlas, rebajarlas y ofenderlas, haciendo de esta práctica una peculiaridad de la discriminación por razón de salud mental:

a. El 14,4 % de mujeres sufren este tipo de trato injusto con una frecuencia mucho más elevada que en el caso de los hombres, que es del 6,9 %.

16. Las mujeres con un TM (5,4 %) se tienen que enfrentar con más frecuencia que los hombres (2,3 %) a situaciones de agresión física o sexual por parte de su pareja a lo largo de la vida.

17. Las personas con TM viven diferentes situaciones de presión o intromisión por parte de sus parejas por tener un TM. Sin embargo, un 12,7 % de las personas no consideran las situaciones de intromisión un tipo de trato discriminatorio.

- a.** 1 de cada 10 personas con un TM afirma que su pareja ha explicado el TM a otras personas sin su consentimiento.
- b.** El 9,1 % de las personas con TM manifiestan que han recibido presiones para trabajar por parte de su pareja por tener un TM
- c.** El 8 % de las personas con un TM manifiestan que su pareja se ha interpuesto en su economía por tener un TM.
- d.** El 5,7 % de las mujeres con TM han recibido presión para no tener hijos por parte de su pareja, un porcentaje mucho más elevado que en el caso de los hombres, que es de un 0,7 %.

18. El hecho de tener un TM hace que la pareja asuma un papel de cuidadora que puede favorecer que se establezca una relación de **dependencia** desigual y jerarquizada. Esto, a su vez, facilita que aparezcan tratos discriminatorios.

PAREJAS ENTRE PERSONAS CON TM

19. En el imaginario colectivo proliferan diferentes discursos que afirman que las relaciones entre personas con TM son más habituales por diferentes motivos:

- a.** Se argumenta que las personas con TM tienen una mayor comprensión mutua, lo que facilita la relación desde un inicio.
- b.** Se explica que las personas con TM se relacionan preferentemente entre ellas porque comparten diferentes espacios que facilitan la socialización entre ellas y, por lo tanto, la posibilidad de iniciar una relación sexo-afectiva.

UN 20,3 % DE LAS PERSONAS CON TM HAN SIDO PRESIONADAS PARA NO TENER HIJOS POR PARTE DE LA FAMILIA NUCLEAR, LA PAREJA, PROFESIONALES DE LA SALUD MENTAL O PROFESIONALES DE LA RED DE SALUD Y LA FAMILIA EXTENSA

20. En el imaginario colectivo existe la percepción de que las **relaciones entre personas con TM** son **perjudiciales** porque tienden a desestabilizarse mutuamente y a agravar los episodios de crisis.

MATERNIDAD Y PATERNIDAD

21. Las parejas y familias de las personas con TM aluden a diferentes argumentos para justificar que **es preferible que no tengan hijos ni hijas**:

- a.** Se argumenta que hay que modificar el tratamiento farmacológico —lo que puede tener consecuencias muy negativas para la persona— porque tiene efectos perjudiciales sobre el feto y sobre la capacidad reproductiva de los hombres porque afecta a la calidad del esperma.
- b.** Se argumenta que la desestabilización emocional que puede conllevar un embarazo y el cuidado de los hijos puede provocar un agravamiento del TM o causar episodios de crisis.
- c.** Se considera que las personas con TM no tienen las capacidades necesarias para asumir el rol de madre o padre. Asimismo, se explica que, pese a que las personas con TM pueden ser capaces de cuidar de los hijos, durante una crisis dejan de serlo porque no se pueden responsabilizar de su maternidad o paternidad.
- d.** Se duda sobre si las personas con TM pueden ser madres o padres por miedo a que los hijos o hijas desarrollen un TM como consecuencia de factores hereditarios.

22. Un **20,3 %** de las personas con TM han sido **presionadas para no tener hijos** por parte de la familia nuclear, la pareja, profesionales de la salud mental o profesionales de la red de salud y la familia extensa.

- a.** El 12,4 % de las personas con un TM han recibido presión por parte de la familia nuclear.
- b.** El 11,1 % de las personas con un TM han recibido presión por parte de los profesionales de la salud mental.
- c.** El 4 % de las personas con un TM han recibido presión por parte de la pareja.

7.5 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN EL ÁMBITO SANITARIO

LA RED ASISTENCIAL DE SALUD

Los principales efectos del estigma y discriminación detectados en la red asistencial de salud son:

1. Los **estereotipos sobre la salud mental pueden interferir en la calidad de la atención y el tratamiento que reciben las personas con un TM**. Estos resultados concuerdan con las investigaciones de Sartorius (2002), Aydin *et al.* (2003), Schulze y Angermeyer (2003), Patel, (2004), Nordt *et al.* (2006), Grausgruber *et al.* (2007), Jones *et al.* (2008) y Mengod (2007⁴).

2. Los principales estereotipos negativos hacia las personas con un trastorno mental que operan en la red asistencial de salud no difieren del imaginario social que se tiene sobre la salud mental. Estos resultados concuerdan con los estudios de Sartorius, (2002), Aydin *et al.* (2003), Magliano *et al.* (2004a), Patel (2004), Nordt *et al.* (2006) y Grausgruber *et al.* (2007)⁵.

3. Las personas con un TM **pueden recibir una peor atención cuando los síntomas del malestar físico son interpretados como una mera consecuencia del TM**. Estos resultados concuerdan con la investigación de Schulze y Angermeyer (2003)⁶.

a. La persona con un TM queda desacreditada cuando la explicación de los motivos de la consulta son vistos como una consecuencia de su desconexión con la realidad.

b. La persona con un TM recibe una atención inadecuada cuando es exclusivamente definida a partir de su TM, y su dolencia orgánica es interpretada también como un efecto del TM.

4 «De hecho, cuando una persona con un diagnóstico psiquiátrico sufre una patología física, su capacidad de acceder a los servicios sanitarios especializados y de recibir atención eficaz y oportuna disminuye como resultado del “estatus” de “enfermo mental”.» Mencionado en Magliano, L. (2012).

5 «Los datos disponibles sugieren que los profesionales sanitarios no son inmunes a compartir con la gente común estereotipos y prejuicios referidos a las personas con esquizofrenia.»

6 «Estas creencias se traducen en una escasa atención dedicada por parte de los médicos a los trastornos físicos que relatan estos pacientes, con tendencia a interpretar los síntomas de sufrimiento físico como signos de patología mental.»

7 Se han interpuesto en mi economía; Me han presionado para que no tenga hijos; Me han presionado para que no tenga pareja; Me han presionado para que no me emancipe; Me han presionado para que trabaje; Me han presionado para que no trabaje; Me han presionado para que estudie; Me han presionado para que no estudie; Se han interpuesto en mi rol de madre o padre; Han explicado que tengo un TM sin mi consentimiento.

c. La persona con TM recurre a llevar consigo a los familiares a la consulta para contrarrestar estos comportamientos discriminatorios. En estos casos, la persona familiar se convierte en la referencia que otorga valor de verdad al malestar de la persona con un TM.

4. Los estereotipos negativos pueden incidir en el trato que reciben las personas por el hecho de tener un TM.

a. El 26,1 % de personas con un TM afirman haber sido tratadas injustamente en alguna ocasión en los hospitales, y un 9,5 % bastante o muy frecuentemente.

b. El 24,9 % de las personas con un TM afirman haber sido tratadas injustamente por tener un TM en los centros de atención primaria, y un 10 % consideran que este trato ha sido bastante o muy frecuente.

5. Las mujeres con un TM sufren más discriminación que los hombres.

a. El 32,2 % de las mujeres han sufrido un trato injusto en alguna ocasión en el hospital, frente al 20,7 % los hombres.

b. El 33 % de las mujeres con un TM han sufrido trato injusto en alguna ocasión en el centro de atención primaria, frente al 15,9 % los hombres.

6. Las prácticas concretas de presión o intromisión en la vida de la persona con TM por parte de los profesionales de la salud general son poco frecuentes.

El 9 % de las personas con TM han recibido algún tipo de presión o intromisión por parte de los profesionales de la salud por tener un TM⁷.

7. Las personas con un TM pueden recibir menos calidad en el tratamiento asistencial de salud. Un 17,6 % de personas con TM manifiestan haber vivido alguna situación, ya sea de maltrato, o de evitación y desatención, de sobreprotección y control, o bien de agresión en el centro de atención primaria o en el hospital.

8. La atención a las necesidades especiales de las personas con un TM en el tratamiento sanitario depende exclusivamente de la sensibilidad de la figura o del equipo profesional que las atiende. No hay protocolos que establezcan la adaptación del tratamiento sanitario a las necesidades especiales de las personas con un TM.

LA RED DE SALUD MENTAL

Los principales efectos del estigma y discriminación detectados en la red de salud mental son:

1. La percepción social de los servicios de salud mental está afectada por el tabú hacia la salud mental. **En la mayoría de casos, los servicios de salud mental no son conocidos por la población.** Los servicios de salud mental son conocidos cuando se tiene un trastorno mental, cuando una persona cercana tiene un trastorno mental o bien cuando se trabaja en el mismo ámbito. Este resultado concuerda con el estudio de Davis & Ford (2004)⁸.

2. La percepción social de los servicios de salud mental está muy influida por el estigma y la discriminación. **Hay un imaginario social negativo hacia los servicios de salud mental y su tratamiento.**

3. La percepción social negativa hacia los servicios de salud mental y el tratamiento provoca que las personas con malestar psicológico o con un posible trastorno mental no acudan a los servicios para ser tratadas. **Las personas no quieren ir a los servicios de salud mental porque no quieren ser etiquetadas como «locas».** Estos resultados concuerdan con los estudios de Corrigan (2004b) y Keating & Robertons (2004)⁹.

4. La percepción social negativa hacia los servicios de salud mental y el rechazo a ser etiquetadas puede

8 «La mayoría de las personas entrevistada no supieron de los servicios de salud mental que estaban a su disposición hasta que sus propias condiciones de salud mental pasaron a ser severas.»

9 «Muchas personas no buscan ayuda o minimizan el contacto con los servicios para evitar ser etiquetadas como enfermas mentales.»

conllevar que las personas **dejen el tratamiento, ya que no se sienten reflejadas ni identificadas con la imagen del «loco» presente en el imaginario social.**

5. Las personas con un TM manifiestan que, en ocasiones, se recibe un trato injusto en los servicios de la red de salud mental por tener un TM. **El 40,6 % de las personas con TM afirman haber sido tratadas injustamente en alguna ocasión** en al menos un servicio de la red de salud mental, y un 19,5 %, bastante o muy frecuentemente.

a. El 39 % de las personas con un TM que han pasado por una unidad de hospitalización psiquiátrica afirman haber sufrido trato injusto por tener un TM en alguna ocasión. Y, en un 17,3 % de los casos, este trato ha sido bastante o muy frecuente.

b. El 27,7 % de las personas con un TM que han pasado por un hospital de día afirman haber recibido trato injusto por tener un TM en alguna ocasión. Y, en un 10,5 % de los casos, este trato ha sido bastante o muy frecuente.

c. El 27,4 % de las personas con un TM que han pasado por una comunidad terapéutica afirman haber recibido trato injusto por tener un TM en alguna ocasión. Y, en un 17,2 % de los casos, este trato ha sido bastante o muy frecuente.

d. El 25,8 % de las personas con un TM que han pasado por una consulta psiquiátrica privada afirman haber sufrido trato injusto por tener un TM en alguna ocasión. Y, en un 11,9 % de los casos, este trato ha sido bastante o muy frecuente.

e. El 25,2 % de las personas con un TM que han pasado por un centro de día afirman haber sufrido trato injusto por tener un TM en alguna ocasión. Y, en un 10,1 % de los casos, este trato ha sido bastante o muy frecuente.

f. Las mujeres con TM sufren un trato injusto más pronunciado que los hombres en los centros de día, los servicios de rehabilitación comunitaria, los hospitales de día, los servicios de inserción laboral en salud mental

y las unidades de hospitalización psiquiátrica.

g. El 49,1 % de las personas con TM de 30 a 44 años indican que han sufrido trato injusto en alguna ocasión en las unidades de hospitalización psiquiátrica, mientras que las personas jóvenes con TM (de menos de 30 años) lo indican en un 33,8 % de los casos.

h. El 31,5 % de las personas con TM de 30 a 44 años indican que han sufrido trato injusto en alguna ocasión en el CSMA, mientras que las personas jóvenes con TM lo indican en un 19,3 %.

6. La discriminación en la red de salud mental toma principalmente la forma de asistencialismo y paternalismo. La sobreprotección, el control, la condescendencia y la infantilización son las tipologías de trato discriminatorio del asistencialismo y paternalismo.

El 18,3 % de las personas con TM ha experimentado sobreprotección o control en alguno de los servicios de la red de salud mental.

a. El 10,8 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento al CSMIJ afirman haber sufrido sobreprotección o control.

b. El 9,4 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento a la unidad de hospitalización psiquiátrica afirman haber sufrido sobreprotección o control.

c. El 9,1 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento al hospital de día afirman haber sufrido sobreprotección o control.

7. El 24,4 % de las personas con un TM han sufrido al menos algún tipo de intromisión o presión por parte de algún profesional de la red de salud mental.

8. El asistencialismo y el paternalismo hacia las personas con un trastorno mental generan un efecto de despersonalización. El trastorno mental se transforma en el atributo más relevante de la persona, por encima de todas sus capacidades. Estos resultados coinciden con el estudio de Corrigan (2005)¹. Por lo tanto, el asisten-

LA DISCRIMINACIÓN
EN LA RED
DE SALUD
MENTAL TOMA
PRINCIPALMENTE
LA FORMA DE
ASISTENCIALISMO Y
PATERNALISMO

«El tema central de la deshumanización que se sucede reiteradamente en las explicaciones de los usuarios de servicios: que se dirigen a ellos como si fueran niños, que se les excluye de las decisiones importantes, y que los profesionales asumen que les falta capacidad para ser responsables de su vida.» (Corrigan, 2005).

cialismo y el paternalismo son comportamientos que producen procesos de autoestigma que no ayudan a la recuperación de las personas con un trastorno mental.

9. El 30,9 % de las personas con TM manifiestan haber sufrido alguna forma de discriminación en los servicios de la red de salud mental (burlas, insultos coacción; rechazo o distanciamiento; agresión física y/o sexual)

10. El 14 % de las personas con TM han experimentado burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio en alguno de los servicios de la red de salud mental.

a. El 11,1 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento a una unidad de hospitalización psiquiátrica afirman haber sufrido burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio.

b. El 8,3 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento en una comunidad terapéutica afirman haber sufrido burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio.

c. El 7,6 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento a un hospital de día afirman haber sufrido burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio.

11. El 12,4 % de las personas con TM han experimentado evitación y rechazo en alguno de los servicios de la red de salud mental.

a. El 9,2 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento a una unidad de hospitalización psiquiátrica afirman haber sufrido evitación y rechazo.

b. El 7,3 % de las personas que han estado vinculadas en algún momento al CSMIJ afirman haber sufrido evitación y rechazo.

12. El 3,9 % de las personas con TM han experimentado agresiones físicas o sexuales en alguno de los servicios de la red de salud mental.

13. Aquellas directrices de los servicios de la red de salud mental que merman el derecho a la libertad, a la autonomía o la intimidad de las personas generan malestar. Este malestar es declarado tanto por las personas con TM que han tenido una experiencia en primera persona en algún servicio, como por parte de los profesionales que afirman sentirse incómodos ante el encargo institucional que implican protocolos y normativas demasiado restrictivas.

14. El estigma estructural se puede manifestar tanto en la normativa y los protocolos como en la cultura de los servicios.

a. La normativa y los protocolos organizan y administran las relaciones que tienen lugar en el seno de la institución o servicio.

b. La cultura del servicio son formas de hacer históricamente consolidadas en el interior de algunos servicios que se han ido consolidando por su reiteración. Son normas implícitas que también pueden regular el funcionamiento y las dinámicas de los recursos.

15. El estigma estructural tiene un rasgo característico que lo puede hacer más difícil de detectar. **Tanto las personas con un TM como las figuras profesionales acaban normalizando las prácticas estigmatizadoras y discriminatorias.** Son prácticas que no se cuestionan, ya que están completamente integradas en la cultura del servicio.

RESIDENCIAS, FUNDACIONES TUTELARES, SERVICIOS SOCIALES Y PISOS TUTELADOS

Los principales efectos del estigma y la discriminación detectados en residencias, fundaciones tutelares, servicios sociales y pisos tutelados son:

1. Las personas con un TM afirman haber vivido situaciones de discriminación en las residencias, fundaciones tutelares, servicios sociales y pisos tutelados.

a. El 29,9 % de las personas con un TM que han vivido en una residencia han sufrido trato injusto en alguna ocasión, y un 14,6 % lo ha sufrido muchas o bastantes veces.

b. El 19,5 % de las personas con un TM que viven en un piso tutelado han sufrido trato injusto en alguna ocasión, y un 2,8 % lo han sufrido muchas o bastantes veces.

c. El 21,4 % de las personas con un TM que han estado vinculadas a una fundación tutelar han sufrido trato injusto en alguna ocasión, y un 6,7 % lo han sufrido muchas o bastantes veces.

d. El 6 % de las personas con un TM que han sido atendidas por los servicios sociales han sufrido trato injusto muchas o bastantes veces. El 11,1 % de las personas jóvenes con TM (de menos de 30 años) han sufrido un trato injusto bastante a menudo o muy frecuentemente.

2. El 16,9 % de las personas con TM que han sido atendidas por los servicios sociales han sufrido al menos una situación de presión o intromisión por parte de las figuras profesionales.

a. El 7 % de las personas con un TM afirman que los profesionales de los servicios sociales se han interpuesto en su economía por tener un TM. Principalmente en las personas con un TM de 45 años o más (8,8 %).

b. El 11,2 % de las personas jóvenes con un TM (menores de 30 años) han recibido presión para trabajar. Paradójicamente, también son las que han recibido más presión para no trabajar (7,5 %).

7.6 EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN LAS RELACIONES SOCIALES

Los principales efectos del estigma y la discriminación detectados en el ámbito de las relaciones sociales son:

1. Tener relaciones de amistad y una buena red social y comunitaria mejora la calidad de vida de las personas. La discriminación y el estigma hacia las personas con TM suele reducir su red social y puede conducir las a situaciones de aislamiento social¹¹, lo que puede resultar incluso más importante que las dificultades derivadas de este TM.

2. Más de la mitad (53,1 %) de las personas con un TM manifiestan haber sido tratadas injustamente por parte de su grupo de amistades en alguna ocasión por el hecho tener un TM. El 34,4 % indica que han vivido este trato injusto pocas veces, mientras que un 18,7 % manifiestan que los han sufrido bastantes o muchas veces.

a. Las mujeres afirman haber sufrido situaciones de trato injusto más a menudo que los hombres: El 57 % manifiestan haber sufrido trato injusto en alguna ocasión a lo largo de la vida en el grupo de amistades, frente a un 49 % de los hombres.

3. Después de que se manifieste el TM, el círculo de amistades puede reaccionar tratando a la persona de manera discriminatoria.

a. Las reacciones de evitación, rechazo y el alejamiento por parte del grupo de amistades son las que se dan con más frecuencia. Un tercio las ha sufrido a lo largo de la vida y 1 de cada 5 personas en el último año. Si experimenta rechazo por parte de

MÁS DE LA MITAD
(53,1 %) DE LAS
PERSONAS CON UN
TM MANIFIESTAN
HABER SIDO
TRATADAS
INJUSTAMENTE
POR PARTE DE
SU GRUPO DE
AMISTADES EN
ALGUNA OCASIÓN
POR EL HECHO
TENER UN TM

¹¹ Este resultado concuerda con las conclusiones del artículo de Thornicroft, G. *et al.* (2004), en el cual se pone de manifiesto que el estigma provoca un deterioro de las relaciones de la persona (*The personal impact of schizophrenia in Europe*. Schizophr Res, 2004. 69 [2-3]; p. 125-32).

un círculo social, del grupo de amigos o del grupo de iguales es muy probable que después se adopte un comportamiento de aislamiento social y no se busque establecer nuevas relaciones para evitar volverse a sentir rechazado. Esta actitud se orienta a evitar el malestar que ha supuesto sentirse discriminado. Haber sufrido rechazo y discriminación es un elemento clave a la hora de entender por qué se adoptan comportamientos de retraimiento social, asocialidad, o, simplemente, reducción del contacto con los demás.

b. Un 23,4 % de las personas con TM afirman haber sido sobreprotegidas o controladas en algún momento de su vida. Un 17,3 % manifiestan que este trato discriminatorio se ha producido en el último año.

c. El 17,8 % de las personas con TM afirman haber sufrido tratos discriminatorios como burlas, insultos, coacción, culpabilización o menosprecio a lo largo de la vida. Un 9,5 % manifiestan que este trato discriminatorio se ha producido en el último año.

d. El 3,7 % de las personas con TM afirman haber sufrido agresiones físicas o sexuales a lo largo de la vida. Un 1,7 % manifiestan que este maltrato se ha producido en el último año.

4. Las mujeres con un TM sufren la discriminación en el grupo de amigos y amigas con más frecuencia que los hombres con TM:

a. La sobreprotección y el control se dan en un 12,5 % más de frecuencia en las mujeres que en los hombres.

b. La evitación, el rechazo y el alejamiento se dan en un 10,5 % más de frecuencia en las mujeres que en los hombres.

c. Las mujeres soportan el doble de agresiones físicas o sexuales (4,9 %) en comparación con los hombres (2,4 %)

5. Los jóvenes con TM (las personas menores de 30 años) sufren más todos los tipos de maltrato y discriminación en el grupo de amigos:

a. El 40,8 % de los jóvenes con TM manifiestan que la

evitación, rechazo y el alejamiento han aparecido a lo largo de su vida, mientras que las personas mayores de 45 años solo lo han manifestado en un 30,9 %.

b. El 33,6 % de los jóvenes con TM manifiestan que la sobreprotección y el control han aparecido a lo largo de su vida, mientras que las personas mayores de 45 años solo lo han manifestado en un 18,9 %.

6. Establecer relaciones de amistad basadas en el buen trato, la empatía y la comprensión se convierte en un reto para las personas con TM.

Los factores que incrementan la predisposición positiva hacia las personas con un TM son producto del azar: haber sufrido experiencias negativas, tener un interés personal por la salud mental o formar parte de un espacio social donde se convive con personas que tienen un TM. El buen trato sigue dependiendo, excesivamente, de factores y elementos completamente fortuitos, azarosos.

7. Las personas que tienen un TM y su círculo social necesitan herramientas para poder establecer una comunicación fluida, abierta y franca en relación con todo lo que concierne al TM. Explicar en qué consiste, exponer cuáles son las necesidades que se tienen, hablar de los síntomas, etcétera, es algo que se aprende a hacer sin ninguna pauta previa, por ensayo y error.

8. Ocultar el TM es una herramienta útil para sortear el riesgo de sufrir discriminación en las relaciones sociales. Explicar que se tiene un TM abiertamente, aunque constituye un escenario deseable, implica asumir unos riesgos muy elevados.

a. El 45 % de las personas con un TM ocultan el TM a la mayoría de las personas y escogen específicamente aquellas amigas o amigos a quienes explicarlo. Las mujeres (48,9 %) eligen esta alternativa de revelación parcial más que los hombres (41,1 %). Esta tendencia es aún más pronunciada en las mujeres de menos de 30 años, de las cuales el 59,5 % elige la

opción de revelar su TM solamente a ciertas personas del grupo de amistades.

b. El 31,8 % de las personas con TM manifiesta que ha explicado que tiene un TM a todo el grupo de amigas y amigos.

c. El 11,1 % de las personas con un TM no ha explicado a ningún amigo que tienen un TM..

9. A la larga, el ocultamiento del TM se convierte en una barrera comunicativa que provoca un deterioro de las relaciones de amistad..

CRÉDITOS

© La percepción de la salud mental en Cataluña, 2016

DOCUMENTO MARCO



Esta obra está sujeta a la licencia de Reconocimiento-NoComercial-SinObraDerivada 3.0 de Creative Commons. Si desea recibir una copia de esta licencia, acceda a <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/es/> o envíe una carta solicitandola a Creative Commons, 444 Castro Street, Suite 900, Mountain View, California, 94041, EUA.

Autoría:

Marcel Balasch, Aleix Causa, Mireia Faucha, Jon Casado.
Spora Sinergies SCCL.

Asesor científico:

Miquel Domènech, Universitat Autònoma de Barcelona.

Coordinación y dirección:

Obertament y Spora Sinergies, SCCL.

Diseño estético y maquetación:

Helena Olcina (Fàbrica Gràfica).

Corrección lingüística:

L'Apòstrof.

Edita:

Apunts, empresa d'economia social, dedicada a donar oportunitats laborals a persones amb trastorns de salut mental.

Impreso en Cataluña.

ISBN: **978-84-617-3984-4**



obertament

PER LA SALUT MENTAL, DÓNA LA CARA

**Obertament, Aliança catalana
de lluita contra l'estigma en salut mental**
obertament@obertament.org | 931 123 717
Ronda Sant Pere 28, entresol C, Barcelona



obertament

PER LA SALUT MENTAL, DÓNA LA CARA

EL ESTIGMA Y LA DISCRIMINACIÓN EN SALUD MENTAL EN CATALUÑA 2016 es un estudio realizado por Obertament, la Universitat Autònoma de Barcelona y Spora Sinergies con el objetivo de explorar e identificar los factores psicosociales que están relacionados con el estigma y la discriminación que sufren las personas con un trastorno mental en Cataluña.

Explorar esta realidad y conocer estos datos es fundamental para seguir luchando contra el estigma y la discriminación, y ayudarnos a identificar el foco de nuestros esfuerzos en los próximos años.

www.obertament.org

INFORME REALIZADO POR

Spora
Consultoria Social

UAB
Universitat Autònoma
de Barcelona

CON LA COLABORACIÓN DE

 **Obra Social "la Caixa"**

janssen 

 **Generalitat
de Catalunya**

 **Diputació
Barcelona**

 **Ajuntament de
Barcelona**


PER SOLICITAR
D'ALTRES FINS D'INTERÉS SOCIAL