

ESTIGMA Y COGNICION SOCIAL: ESTRATEGIAS PARA PROMOVER EL CAMBIO PERSONAL Y SOCIAL

Edwin Manrique Gálvez¹

Francisco Bravo Alva²

Tomando en cuenta los aportes de la psicología social y del enfoque cognitivo-conductual, se aborda el tema de la enfermedad mental, el estigma y la cognición social; se plantean los modos de aprendizaje del estigma por parte de los integrantes de una comunidad y, al mismo tiempo, la incorporación de estas representaciones en el repertorio de creencias del propio enfermo mental, esto es, el autoestigma. También se revisan algunos modelos explicativos, entre los que destaca el modelo del estigma y de la discriminación. Complementariamente, se describen los resultados de una encuesta que explora las actitudes hacia el enfermo mental.

Del mismo modo, apelando a varios trabajos que han planteado diversas estrategias para afrontar con el estigma, se hace una revisión condensada de los métodos planteados desde la vertiente cognitivo-conductual para incrementar las habilidades individuales de afrontamiento en personas con una enfermedad mental relativamente severa.

Palabras clave: *Estigma, Cognición Social, Cambio Personal y Social.*

Since the perspective of social psychology and behavioral cognitive therapy, we review the topics of mental illness, stigma and social cognition; we outline the ways of learning stigma by community members and, at the same time, the inclusion of these representations in the beliefs' repertoire of mentally ill persons, this is self stigma. We also review some explicative models: stigma and discrimination models. Complementary, we describe the results of a survey about attitudes to mentally ill.

We summarize behavioral cognitive methods to increase individual skills of coping in severe mentally ill persons.

Key words: *Stigma, Social Cognition, Personal and Social Change.*

¹ Psicólogo, Oficina de Apoyo a la Docencia e Investigación (UNIDE) – Hospital Hermilio Valdizán

² Psiquiatra, Director General del Hospital Hermilio Valdizán

Se ha llegado a afirmar que lidiar con la enfermedad mental es, en muchos aspectos, semejante a una guerra contra un enemigo complicado y desconcertante. En muchos frentes, se han alcanzado significativos avances. Por ejemplo, en el campo de la medicación, se ha ganado mucho en los últimos años, incluyendo el desarrollo de nuevos medicamentos que controlan los síntomas más significativamente y que tienen pocos efectos secundarios. En el área de la desinstitutionalización, cada vez menos personas están siendo hospitalizadas por largas estancias. En el campo de la rehabilitación psiquiátrica, muchos más programas hospitalarios tienen un importante componente de rehabilitación, ayudando a las personas a recuperar mucho de su anterior funcionamiento y a cumplir sus metas tanto como sea posible. También se han desarrollado programas psicosociales para los usuarios de los servicios de salud mental y programas de educación y soporte para los miembros de la familia. Sin embargo, a pesar de estos notorios avances, el impacto del estigma sobre las personas que sufren de alguna enfermedad mental no parece haber menguado significativamente.

De acuerdo al diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, el término *estigma* significa “marca o señal en el cuerpo, marca impuesta con hierro candente. Desdoro, afrenta, mala fama. Lesión orgánica o trastorno funcional que indica enfermedad constitucional o hereditaria. Huella impuesta sobrenaturalmente en el cuerpo de los santos”. También se denomina estigma al conjunto de signos objetivos cuya presencia tiende a caracterizar de un modo casi específico una afección o un estado morboso particular.

Por otro lado, estigmatizar significa marcar a alguien con hierro candente: afrentar, infamar. Indica asignar un indicio de actitud o conducta deshonesto. Ese mismo espíritu

asigna en medicina el carácter de estigma a los signos claros de enfermedad vergonzosa, por ejemplo sífilis (“la enfermedad innombrable” que Paul Gauguin lleva a cuestras en “*El paraíso en la otra esquina*” de Mario Vargas Llosa), o los signos de enfermedades degenerativas físicas o mentales.

Como resulta claro de las definiciones precedentes, las personas que sufren una enfermedad mental pueden ser víctimas de prejuicios, discriminación y distancia social. El estigma que se asocia con las enfermedades mentales se puede expresar por sí mismo de manera directa, como cuando las personas rechazan de manera abierta a los que se comportan de manera anormal, o indirecta, como cuando antiguos pacientes se anticipan al rechazo aunque nunca los hayan rechazado. En el transcurso de la socialización, todas las personas desarrollan ideas, cogniciones sociales, representaciones y atribuciones sobre la forma en que los enfermos mentales se consideran y se tratan.

Pese a que, por lo regular, los profesionales de la salud mental llegan a la conclusión de que las enfermedades mentales severas se derivan de trastornos orgánicos o cerebrales, el público en general no comparte esta opinión. Por ejemplo, un estudio llevado por Judd en 1990 (Sarason, 1996), descubrió que el 71% de las personas que respondieron pensaban que las enfermedades mentales se debían a la debilidad emocional, un 65% creía que se debía culpar a una mala paternidad, un 45% pensaba que los enfermos mentales provocaban su enfermedad y que podían librarse de ésta si así lo deseaban, mientras un 35% mencionaba un comportamiento pecaminoso como la causa de la enfermedad mental.

Los resultados de varios trabajos de investigación vinculados al problema del estigma, demuestran que el rechazo hacia el enfermo mental está influenciado en gran medida por

las características de agresión, impredecibilidad e irresponsabilidad del paciente, así como por la influencia de variables sociodemográficas tales como la educación, la jerarquía ocupacional y la edad de los miembros de la comunidad (Vidal Alarcón, 1992).

En los estudios transculturales se ha encontrado que el factor cultural determina las diferencias en las concepciones de la enfermedad mental de un grupo étnico a otro. Sin embargo, también existe una similitud en la mayor parte de los hallazgos en los que se considera que el rechazo hacia el paciente mental depende del grado en que se sospecha que hay elementos de agresión e impredecibilidad en la conducta del enfermo. En este sentido, el hecho de etiquetar al enfermo mental ha sido “positivo” para algunas poblaciones pues una vez que se diagnostica al paciente, la comunidad familiar o social sabe a qué atenerse. Pero para otros grupos la etiquetación contribuye a estigmatizar al paciente y, por consiguiente, a aumentar el rechazo (Ridruejo, 1996).

Si se analiza un poco más a fondo, se puede llegar a la conclusión de que las enfermedades mentales, como la esquizofrenia, se enfrentan a una espada de doble filo. Por un lado, las personas pugnan con una enfermedad biológica que causa psicosis, síntomas negativos y discapacidades sociales. Estos síntomas y discapacidades son una barrera para que las personas logren muchos roles sociales y metas de vida correspondientes, las mismas que definen la adultez en la cultura occidental: vivir independientemente, obtener trabajos competitivos, desarrollar relaciones duraderas y obtener ingresos suficientes.

Por otro lado, como ya se ha esbozado anteriormente, la reacción de la sociedad a la enfermedad mental, y su conducta discriminatoria hacia aquellos con discapacidades psiquiátricas, también limitan las oportunidades sociales y las metas correspondientes. El es-

tigma, la cognición social y la discriminación fomentada por la sociedad puede ser tan dañina para la persona como sus propias discapacidades causadas por la enfermedad (Corrigan, 1998).

Con relación a lo anotado anteriormente, se necesita por lo tanto afrontar el problema del estigma desde una perspectiva multidimensional. Se requiere implementar programas continuos de entrenamiento en habilidades, terapia familiar y otras estrategias que ayuden a la persona en el aprendizaje social y en las habilidades de afrontamiento para el manejo de la enfermedad y la discapacidad. Pero, por otro lado, también se necesita identificar las intervenciones que ayuden a las personas con problemas psiquiátricos a lidiar con el estigma. Además, es imprescindible identificar las estrategias de cambio social que pueden modificar la cognición social de la enfermedad mental y las interacciones con las personas que padecen de estos desórdenes.

Se han planteado varios modelos de enfermedad y estigma respecto a la enfermedad mental. Algunos investigadores del área han planteado, por ejemplo, que la representación de los problemas mentales como enfermedad ha devenido en estigma. De acuerdo a este enfoque, la enfermedad psiquiátrica y mental fue creada por una sociedad conservadora que intentó sofocar los estilos de vida excéntricos o bohemios etiquetándolos como malos, “enfermos” y marginales. Recuérdese a este respecto la posición del movimiento surrealista liderada por Andre Bretón en su “*Carta a los directores de los manicomios*”. A partir de esta premisa, la única solución para corregir el estigma requiere el rechazo del problema mental como una enfermedad o entidad nosológica.

Otros modelos más recientes plantean que la enfermedad y la discriminación causan la pérdida de oportunidades comúnmente experimentadas por las personas con enfermedad

mental. De acuerdo al modelo planteado por Corrigan (1997), los eventos biológicos crean una vulnerabilidad psicobiológica en algunas personas. Estas vulnerabilidades se combinan con los eventos de vida estresantes para producir síntomas psicóticos, desórdenes del ánimo o apatía social en la adolescencia o temprana adultez. Sin embargo, los déficits cognitivos e interpersonales sutiles que ocurren en la infancia y adolescencia tardía les impiden a muchas personas con enfermedad mental aprender habilidades sociales e instrumentales que los resguarden de los estresores de vida, del mismo modo que de fomentar una vida independiente (Green, 1998).

Las personas que presentan síntomas psiquiátricos y que carecen de habilidades sociales encuentran pronto que pierden su red de soporte social. Como lo han puesto de manifiesto las indagaciones al respecto, poca gente está dispuesta a ser su amiga o a ayudarlas con sus problemas. A resultas de este hecho, muchas personas con enfermedad mental severa no obtienen roles sociales apropiados para su edad: no terminan los estudios, no llegan a casarse, o no siguen una profesión. Esta cadena de eventos conduce a una pérdida de oportunidades sociales. La siguiente figura grafica el impacto paralelo de la enfermedad y de la discriminación.

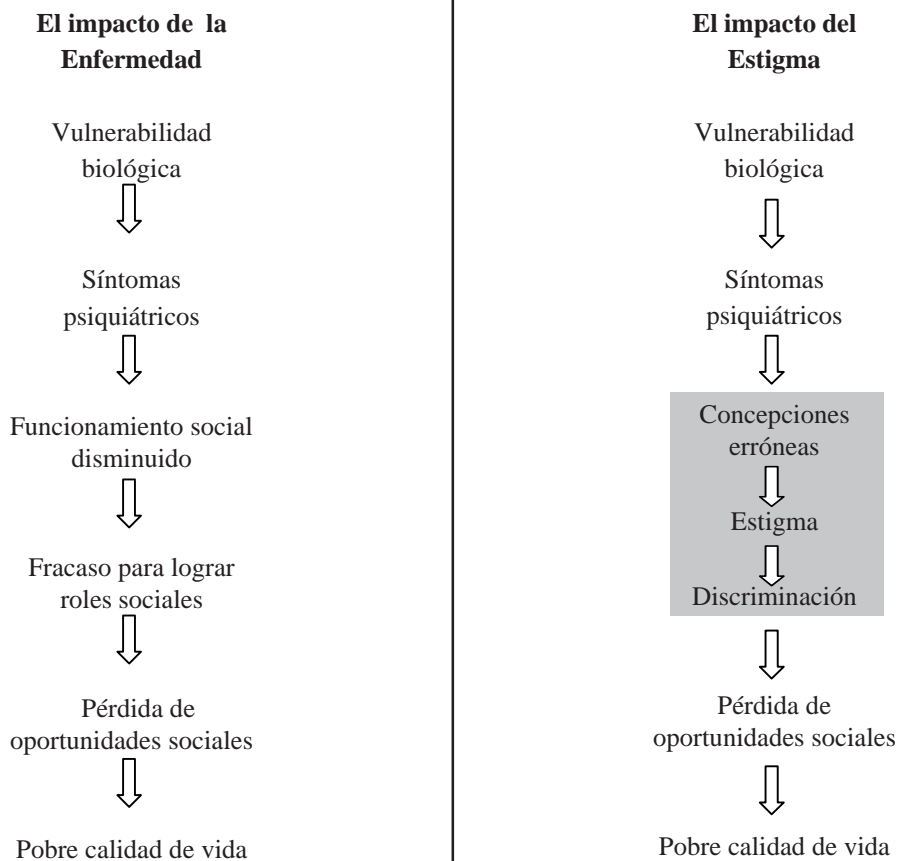


Figura 1. Enfermedad y discriminación y su impacto sobre la enfermedad mental severa (Corrigan, 1997).

El modelo del estigma y discriminación de la enfermedad mental (parte derecha de la figura anterior) reconoce que los agentes biológicos causan síntomas psiquiátricos; la combinación de síntomas y vulnerabilidades, a su vez, conduce a déficits en las habilidades sociales y en las redes de soporte. Sin embargo, a diferencia de otros modelos, aquí se sugiere que las actitudes estigmatizantes respecto a estos síntomas tienen un efecto igualmente perjudicial sobre el funcionamiento social (Corrigan y Penn, 1997). De este modo, los miembros de una comunidad que apoyan el estigma probablemente también discriminan a las personas con enfermedad mental. Debido a que la gente común y corriente no comprende el impacto de la enfermedad mental y en la mayoría de los casos teme a las personas con estos desórdenes, los miembros de la sociedad deniegan oportunidades vinculadas a las posibilidades de vivienda, trabajo e ingresos económicos. De esta manera, la pérdida de oportunidades sociales que acompaña a la enfermedad mental se debe en gran parte tanto a la injusticia del estigma social cuanto a los efectos de los factores biológicos.

Cognición Social y Aprendizaje del Estigma

Los investigadores del problema del estigma asignado al enfermo mental han identificado algunos paradigmas explicativos, entre ellos, las teorías socio-cognitivas ocupan un lugar prominente (Crocker & Lutsky, 1986). De acuerdo a esta perspectiva, los estigmas son estructuras cognitivas que las personas construyen con fines de tener un mejor sentido de su mundo social. En esta línea, los estigmas son ejemplos de la propensión natural de categorizar la información y otorgar sentido a la relativa infinidad de datos con los que la gente es bombardeada a diario.

Los estereotipos son medios especialmente

eficientes de categorizar la información respecto a los grupos sociales (Manrique, 1993), y son considerados “sociales” porque representan acuerdos colectivamente compartidos sobre nociones de grupos de personas. Son eficientes porque la gente genera rápidamente impresiones y expectativas acerca de los individuos que pertenecen al grupo estereotipado. El estigma, desde este punto de vista, es un estereotipo que refleja negativamente a un grupo, por ejemplo, la representación compartida de que los enfermos mentales son personas peligrosas e incapaces de asumir sus propias decisiones.

Los estereotipos y el estigma se aprenden de dos maneras. Los estereotipos cognitivamente elaborados son adquiridos a través del contacto regular con los miembros de un grupo particular. El común de las personas aprende los estereotipos acerca de la enfermedad mental al interactuar directamente con personas que tienen una discapacidad psiquiátrica. Los estereotipos socialmente establecidos representan una “visión” cultural respecto a un grupo manejado por los mayores y otras figuras de autoridad de la comunidad. Los estereotipos socialmente dados incluyen atributos que no son fácilmente observables, tales como las motivaciones, la moralidad y las intenciones. Como resultado, los estereotipos socialmente dados frecuentemente son más difíciles de cambiar porque no se basan en experiencias previas y, por lo mismo, no son afectadas por la subsiguiente evidencia contraria.

Se ha postulado una diferenciación relevante entre grupos desacreditados y desacreditables, que tiene implicaciones para la adquisición y reaprendizaje de los estereotipos cognitivamente construidos y socialmente establecidos. Los miembros de los grupos desacreditados tienen un estigma patentemente manifiesto y muestran una característica

física que señala su membresía a un grupo (por ejemplo, color de la piel). La enfermedad mental, en muchos casos, es un ejemplo de estigma desacreditable que está relativamente oculto a la mirada del público. Habitualmente los ciudadanos no se dan cuenta que un individuo tiene una historia de enfermedad mental y de hospitalización psiquiátrica a menos que la persona lo reporte. Gran parte de la experiencia de la salud mental es privada y el estigma correspondiente es desacreditable (Goffman, 1963).

Las personas con un estigma obvio o desacreditado son habitualmente objeto de estereotipos cognitivamente construidos. El público puede discernir las características estereotipadas de un grupo cuando estas cualidades son manifiestas. Las características físicas que definen la cultura, raza o discapacidad física son fuentes continuas de estereotipos construidos. Habitualmente, el estigma acerca de la salud mental está socialmente establecido. El público aprende que las personas con enfermedad mental son peligrosas e incompetentes, basados sobre los mensajes proporcionados por autoridades en la cultura. Por lo mismo, el estigma de la salud mental tiende a ser más resistente frente a la evidencia que contradice el estigma. Por ejemplo, las campañas de educación dirigidas a discontinuar las actitudes negativas acerca de la enfermedad mental han tenido limitado impacto.

Sin embargo, aun cuando gran parte de la experiencia de enfermedad mental es privada, un aspecto es público y desacreditado: la etiqueta de enfermo mental, “loco” en la representación social más pública e ingenua. Las personas que reciben el rótulo de “enfermo mental” –ya sea a través de un diagnóstico, por ejemplo, de esquizofrenia o de su hospitalización por problemas psiquiátricos– con frecuencia son el blanco del estigma y la

discriminación social. Las personas con etiquetas públicas son la fuente de estereotipos cognitivamente construidos. Sin embargo, estas representaciones basadas sobre etiquetas pueden conducir a mayores interpretaciones erróneas que los habituales estereotipos asignados. Los individuos que no son parte verdadera de los grupos estereotipados (por ejemplo personas que no están tratando con un problema psiquiátrico), pueden ser equivocadamente identificados como miembros de tal grupo porque han sido mal etiquetados y confundidos. Tómese el caso de una persona que acude a nuestro hospital por un problema no psiquiátrico, que ha tenido que vencer su temor a ser etiquetado como “loco” por acudir a una institución “para enfermos mentales” y que, además, puede sufrir las consecuencias del estigma social a diferentes niveles, si es que se toma conocimiento de su concurrencia a una institución psiquiátrica. No es raro, por ello, que muchos usuarios prefieran mantener una absoluta reserva respecto al tratamiento que están recibiendo.

En una encuesta informal anterior en un grupo de estudiantes universitarios del área de la salud ($n = 84$; de medicina, psicología y enfermería) y, del mismo modo, en un pequeño grupo de pacientes de consulta externa del hospital ($n = 56$), se había puesto de manifiesto que las afirmaciones que se han planteado eran relativamente válidas para nuestro medio (Bravo y Manrique, 1999). Además, también quedaba planteada la presunción de que si en estudiantes de disciplinas afines a la salud se encontraban vestigios de una representación estigmatizada del enfermo mental, era razonable suponer que entre el público común y corriente, con una mayor desinformación sobre la enfermedad mental, estas actitudes debían ser notoriamente más negativas.

Como puede apreciarse en el cuadro inferior, la cognición social de los estudiantes universitarios en su dimensión valorativa evaluaba al enfermo mental como *ligeramente* infantil, irresponsable, dependiente e impulsivo. Mientras tanto, en las escalas bipolares restantes era percibido de una manera *neutral*, ni negativa ni positiva. Por supuesto que estos hallazgos pudieron estar sesgados por las características de demanda de la situación y, además, por el contexto en el que se hizo la evaluación. Sin embargo, eran un indicio de que incluso en contextos de salud mental existía una representación negativa del enfermo mental.

En ese mismo trabajo, los pacientes encuestados demostraban una mayor variedad en sus cogniciones sociales respecto al enfer-

mo mental. Así, evaluaban a éste como *ligeramente* agradable, soportable, limpio y constructivo; pero a la vez, como *ligeramente* infantil, irresponsable e impulsivo, de forma casi coincidente con los estigmas asignados por los estudiantes universitarios de disciplinas relacionadas con el área de la salud.

Una encuesta más reciente en una muestra de estudiantes de 5to año de Secundaria ($n = 148$), utilizando las mismas 12 escalas bipolares de la dimensión evaluativa del diferencial semántico del idioma español (Díaz-Guereño y Salas, 1975), pone en evidencia la relativa constatación de lo supuesto anteriormente: personas menos informadas sobre la enfermedad mental y el enfermo mental elaboran representaciones más negativas con respecto a éste.

Cuadro 1. Actitudes hacia el “Enfermo Mental” en tres muestras diferenciadas

ESCALAS BIPOLARES	Estudiantes Universitarios	Estudiantes Secundaria	Pacientes Hospital
Seguro-Peligroso	3.44	2.70	3.07
Agradable-Desagradable	3.76	2.98	4.27
Controlable-Incontrolable	3.13	2.78	3.92
Soportable-Insoporable	3.84	3.24	4.22
Limpio-Sucio	3.10	1.90	4.12
Pacífico-Violento	3.43	2.48	3.22
Maduro-Infantil	2.99	2.78	2.82
Responsable-Irresponsable	2.79	2.65	2.24
Útil-Inútil	3.69	2.85	3.96
Autosuficiente-Dependiente	2.94	2.76	3.04
Constructivo-Destructivo	3.59	2.35	4.28
Cauto-Impulsivo	2.95	2.34	2.78

En la figura 2 se puede apreciar que las tendencias actitudinales hacia el enfermo mental, son más negativas en el caso de los estudiantes secundarios. Evalúan al Enfermo Mental como *bastante* peligroso, desagradable, incontrolable, violento, infantil, irresponsable, inútil, dependiente, destructivo e impulsivo; también como *ligeramente* insoporable y, en el extremo más negativo, como *muy* sucio. Es notoria la ausencia de evaluaciones positivas o incluso neutrales.

Si se considera que hay una relativa correspondencia entre los componentes cognitivos, afectivos y comportamentales de las

actitudes, no sería nada extraño que estos mismos estudiantes pusieran de manifiesto cierta distancia social hacia una persona con una enfermedad mental. En un trabajo que explora las actitudes y la distancia social hacia fármacodependientes, se encontró que cuánto más negativas eran las evaluaciones, mayor era la distancia social frente a la persona con una conducta adictiva (Manrique, 1997). De hecho, existen investigaciones que demuestran el impacto de la enfermedad mental para suscitar una mayor distancia social e interpersonal (Albrecht, Walter & Levy, 1982; Brockington, Hall, Levings & Murphy, 1993).

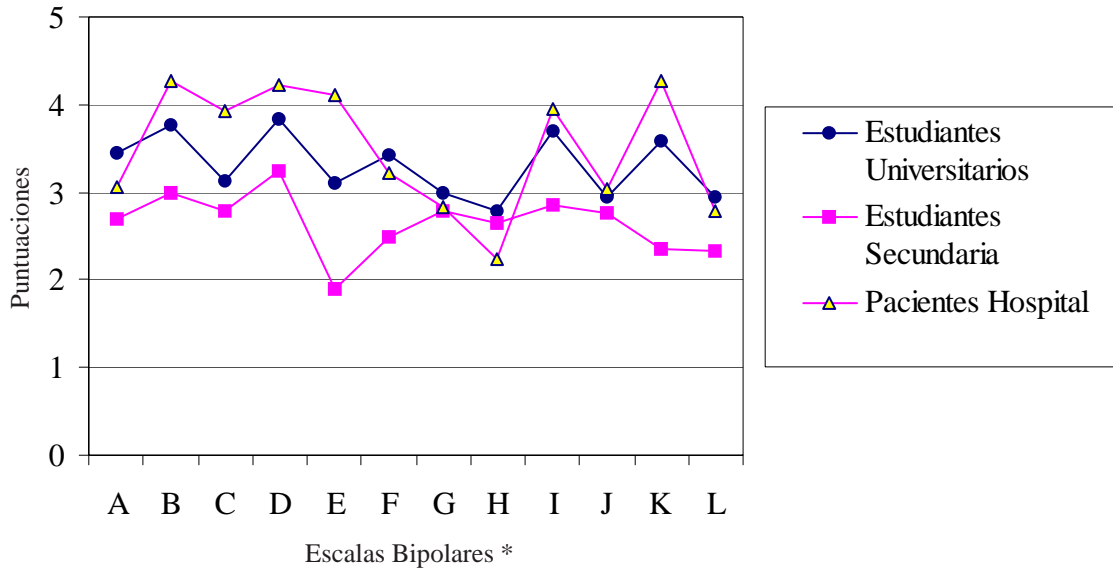


Figura 2. Actitudes hacia el Enfermo Mental en muestras de estudiantes universitarios, estudiantes de secundaria y pacientes.

* A = Seguro-Peligroso; B = Agradable-Desagradable; C = Controlable-Incontrolable; D = Soportable-Insoporable; E = Limpio-Sucio; F = Pacífico-Violento; G = Infantil-Maduro; H = Responsable-Irresponsable; I = Util-Inútil; J = Autosuficiente-Dependiente; K = Constructivo-Destructivo; L = Cauto-Impulsivo.

Estrategias Cognitivo-Conductuales en el Estigma

En la medida que el estigma proviene de una variedad de fuentes, las estrategias encaminadas a abordar el problema van más allá de las técnicas que ofrece el modelo cognitivo-conductual e, indudablemente, toma muy en consideración los procesos social-cognitivos. Sin embargo, la Terapia Cognitivo-Conductual plantea algunos objetivos relevantes para las intervenciones: (1) terapias cogniti-

vas que ayuden a la persona a desafiar las actitudes irracionales acerca de su autovalía debido al estigma, y que la ayude a adquirir habilidades para revelar su condición psiquiátrica; (2) estrategias que fomenten el empoderamiento y que ayuden a las personas a desafiar el equívoco social que ocurre con las etiquetas psiquiátricas; y (3) acción pública que cambie las actitudes sociales respecto a la enfermedad mental o que suprima la conducta discriminatoria. La siguiente figura ilustra estos objetivos de intervención.

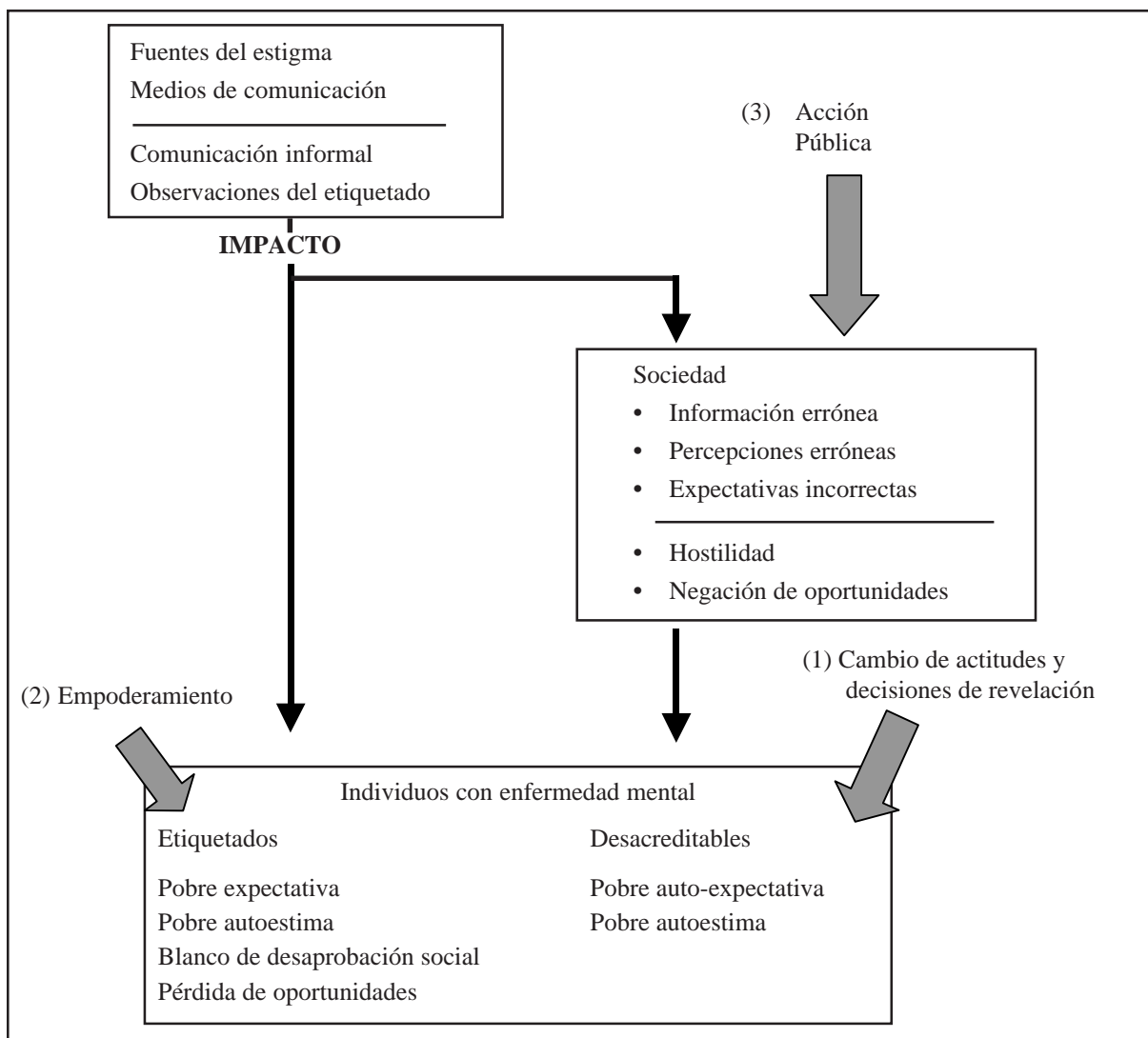


Figura 3. Objetivos de la Terapia Cognitivo-Conductual para el Estigma Psiquiátrico (Corrigan, 1998)

El estigma, como ya se había mencionado con antelación, es uno de los obstáculos más relevantes para la recuperación de la enfermedad mental severa. La enfermedad mental es una de las condiciones más estigmatizadas que más bien se codea con el estatus de los criminales convictos y los drogadictos, antes que con otros tipos de discapacidades o enfermedades físicas. Además, de manera adicional al estigma social, las personas con enfermedad mental tienen que afrontar el autoestigma. El autoestigma tiene lugar cuando las actitudes hacia la enfermedad mental resultan incorporadas en el propio repertorio de las personas enfermas. Las diarias interacciones con otras personas refuerzan los pensamientos estigmatizantes que frecuentemente se asignan a las personas con enfermedad mental lo que, a su vez, trae consigo la pérdida de la autoestima (Holmes & River, 1989).

Como resultado del estigma psiquiátrico, a las personas con severa enfermedad mental se les deniega el acceso a las oportunidades sociales que la mayoría de las personas tienen nominalmente garantizadas (empleo, vivienda e interacciones sociales positivas). Desafortunadamente, el estigma también tiene un impacto significativo sobre la percepción de sí mismo de un individuo. De hecho, el autoestigma trae como secuela la pérdida de la autoestima, una autoeficacia disminuida y una creciente reticencia para participar en las interacciones sociales. La pérdida de la autoestima ocurre cuando una persona percibe una autovalía menoscabada y acepta las representaciones sociales negativas de la enfermedad mental. Las personas con severa enfermedad mental ponen en duda su capacidad para afrontar con las demandas de la vida diaria. Como una consecuencia, las personas que bregan con el autoestigma se muestran renuentes a partici-

par activamente en las interacciones sociales. De esta manera, una estrategia adecuada para afrontar con la enfermedad mental implica tanto aspectos sociales como del propio autoestigma.

Ya anteriormente se había señalado que se identifican dos tipos de estigma: desacreditado y desacreditable. Un estigma desacreditado es aquel que es rápidamente reconocible por los otros a través de alguna característica evidente como la raza o la subnormalidad física. Por otro lado, un estigma desacreditable hace referencia a una condición estigmatizada o a un atributo que puede ser ocultado. Diferentes enfermedades mentales pueden ser ya sea desacreditadas o desacreditables, dependiendo de la naturaleza y severidad de la enfermedad y de la respuesta del individuo frente a ella. Algunas personas con severa enfermedad mental sufren síntomas psicóticos que son rápidamente patentes para su comunidad. Sin embargo, otras personas pueden ocultar su enfermedad de tal manera que la gente no es consciente de sus problemas.

Dada la pervasividad de las actitudes negativas hacia la enfermedad mental, las decisiones individuales respecto a revelar o no una condición desacreditable necesitan hacerse con gran cuidado. La tabla siguiente demuestra el rango de opciones que las personas podrían evaluar para revelar su enfermedad mental. Estas opciones incluyen el aislamiento social, el secreto, la revelación selectiva, la revelación indiscriminada, la educación y la acción social (Holmes & River, 1998).

Resumidamente, el *aislamiento social* es un retraimiento de la interacción social. La persona evita a la mayor parte de la gente para salvaguardar cualquier riesgo de “descubrimiento”. *El secreto* implica que los in-

dividuos ocultan su enfermedad mental a los otros. *La revelación indiscriminada* significa “hacer pública” la condición de uno a la mayoría de los contactos. *La revelación selectiva* involucra la apertura sensata a personas específicas. *La acción social* incluye políticas para el cambio en el tratamiento de las personas con enfermedad mental a nivel del individuo, de la comunidad o del sistema.

En la mayoría de los casos, las decisiones respecto a qué estrategia utilizar va a dependerán de las circunstancias. De este modo, las personas con severa enfermedad mental puede evaluar los costos y beneficios de las decisiones de revelación específicas. Por ejemplo, las personas pueden tomar la decisión de utilizar el secreto como una estrategia para su ámbito laboral, mientras que

para su grupo de pares pueden haber decidido utilizar una revelación indiscriminada.

El uso del cuestionamiento Socrático y del análisis costo beneficio - dos procedimientos habituales en la terapia cognitivo-conductual- son estrategias efectivas para fortalecer el proceso de toma de decisiones acerca de la revelación. Estas estrategias conllevan una consideración de los beneficios, a corto y largo plazo, del secreto versus la revelación. Los costos y beneficios individuales del secreto y de la revelación pueden ser enlistados en un formato de dos columnas y, además, asignarle un peso a uno y otro. Las decisiones se toman no sobre la base del número de ítems en cada columna, sino más bien sobre la base de los pesos relativos asignados a cada ítem.

Cuadro 2. Autoestigma y Estigma Social en la Enfermedad Mental Severa

	Autoestigma	Estigma Social
Impacto negativo	Baja autoestima Autoeficacia disminuida Pérdida de competencia social	Aislamiento social Autoeficacia disminuida Pérdida de confianza social
Estrategias de Afrontamiento	Inatención selectiva Abstención Aislamiento social	Aislamiento social Secreto Revelación selectiva Revelación indiscriminada Acción social
Intervención	Psicoeducación Cuestionamiento socrático Prueba de hipótesis Exposición Planeamiento de actividades	Análisis costo/beneficio Planeamiento de actividades Cuestionamiento socrático Prueba de hipótesis

Un paso importante para afrontar con la enfermedad mental severa es aprender a reconocer y modificar las actitudes auto-estigmatizantes. Un ejemplo de un estereotipo social negativo que una persona con enfermedad mental podría asimilar e internalizar es la noción de que no puede asumir decisiones de una manera autónoma y responsable. Desde una perspectiva cognitivo-conductual, las representaciones asimiladas respecto a la enfermedad mental pueden ser vistas como factores mediadores de la conducta subsecuente. La psicoeducación, la reestructuración cognitiva y la exposición son métodos habituales para ayudar a las personas a desafiar la visión perturbadora de sí mismos, del ambiente y del futuro (Beck, Rush, Shaw y Emery, 1984). Estas estrategias pueden ser aplicadas rápida y exitosamente a las personas con creencias auto-estigmatizantes.

Se han señalado algunos tipos de cogniciones que son objeto de cambio para la terapia cognitivo-conductual. Chadwick, Birchwood & Trower (1996) desarrollaron una terapia cognitiva para las delusiones, las alucinaciones auditivas y para la paranoia que incluye cuatro tipos de cogniciones: imágenes, inferencias, evaluaciones y supuestos disfuncionales. Hasta el momento y para los efectos que aquí interesan, las cogniciones de imágenes parecen jugar un papel menor en la terapia cognitiva; por lo mismo, los últimos tres tipos de cognición son el foco de una sucinta revisión.

Inferencias. Son juicios y predicciones derivados de la experiencia diaria habitual. Las inferencias de las personas con enfermedad mental severa, basadas en sus interacciones cotidianas, sustentan sus evaluaciones auto-estigmatizantes y sus supuestos distorsiona-

dos. Las inferencias son similares a la noción de pensamientos automáticos en la versión de Beck, Rush, Shaw y Emery (1984). Estas tienden a ser predicciones o hipótesis espontáneas acerca de los eventos que han ocurrido o que probablemente van a ocurrir en el futuro. Las personas frecuentemente son conscientes de sus inferencias pero también con mucha frecuencia las asumen como hechos.

Evaluaciones. Generalmente son juicios dicotómicos acerca de la gente o de los eventos (bueno o malo, justo o injusto). Ellis y Harper (1961) sugieren que la mayor parte de las perturbaciones emocionales están relacionadas a diferentes tipos de evaluaciones negativas. De interés fundamental son las evaluaciones basadas sobre las personas, esto es, evaluaciones estables que asumen a la persona en su totalidad y que no se basan en características simples y específicas. Hay tres modos de hacer estas evaluaciones: (a) uno es evaluado por otra persona; (b) uno evalúa a otra persona; y (c) uno se evalúa a sí mismo. A diferencia de los supuestos disfuncionales, las evaluaciones son más accesibles a la consciencia mediante un adecuado entrenamiento. La meta de la terapia es evaluar y analizar la bondad de estas evaluaciones y contrastarlas con la evidencia.

Supuestos disfuncionales. Son reglas básicas que median la conducta. Chadwick y colaboradores (1996) sugieren que estas creencias básicas tienen su origen a muy temprana edad. Aún cuando la gente no es habitualmente consciente de sus creencias básicas, éstas pueden inferirse a partir de sus conductas. Los supuestos disfuncionales respecto a la en-

fermedad mental severa aprendidos en el curso del desarrollo pueden predisponer a una persona hacia actitudes auto-estigmatizantes si ésta resulta mentalmente enferma. El objetivo de la terapia no es necesariamente cambiar estas actitudes, sino más bien debilitar la asociación entre aquellas actitudes y las conductas subsecuentes.

En la ilustración anterior se han señalado algunas estrategias de afrontamiento para las cogniciones auto-estigmatizantes. Aquí, por obvias razones, sólo se abordarán tres de ellas que se consideran importantes.

Psicoeducación. Las tres formas de evaluarse a uno mismo y a los otros (inferencias, evaluaciones y supuestos disfuncionales) juegan un rol dominante en la experiencia del autoestigma. Existen varias estrategias cognitivo-conductuales para trabajar con estos tres tipos de cogniciones. La primera es la psicoeducación. Esta aproximación provee a la persona información que le ayuda a desarrollar una comprensión más realista de su enfermedad, mejora su capacidad para afrontar con el problema y facilita su disposición para reinsertarse en su comunidad. Aportar una información precisa, detallada y adecuada es un primer e importante paso para expandir la comprensión de la enfermedad mental severa. La nueva información también posibilita que la persona adquiera una “réplica” para sus actitudes auto-estigmatizantes.

Reestructuración cognitiva. Con la ayuda del terapeuta, la nueva información también propicia un contexto en el cual se analizan y

desafían las evaluaciones auto-estigmatizantes y los supuestos básicos. Habitualmente esto se hace a través de ejercicios cognitivos como el cuestionamiento Socrático y la prueba de hipótesis, recolectando la evidencia en pro y en contra de una creencia específica.

Exposición. En una de las estrategias más cruciales, los individuos con actitudes auto-estigmatizantes son alentados a participar en los eventos y actividades de la comunidad previamente evitados. Esta estrategia los capacita para permanecer en contacto incluso con gente y situaciones previamente aversivas. El constante y continuo contacto provee oportunidades para modificar y expandir las creencias y supuestos básicos respecto a las personas en la población general. Como resultado de este hecho, la persona adquiere una capacidad creciente de experimentar a los otros como gente real que son mucho más que sólo sus actitudes y creencias estigmatizantes.

Las estrategias para afrontar con el estigma y el autoestigma van, de hecho, más allá de las capacidades de afrontamiento individual que se han reseñado. Los diversos métodos para modificar las actitudes sociales no han sido abordados aquí, pero estrategias más amplias como los programas de educación para las concepciones erróneas de la enfermedad mental, los programas que fomentan el contacto con personas que sufren de una enfermedad mental severa, y los modelos de cambio de actitudes negativas mediante la auto-confrontación de valores son, de hecho, componentes esenciales de un asedio integral del estigma y de la discriminación del enfermo mental.

REFERENCIAS

- Albrecht, G.L., Walter, V.G. & Levy, J.A. (1982). Social distance from the stigmatized: A test of two theories. *Social Science and Medicine*, 16, 1319-1327.
- Beck, A.T., Rush, A., Shaw, B. y Emery, G. (1984). *Terapia Cognitiva de la Depresión*. Bilbao: DDB.
- Bravo, F. Y Manrique, E. (1999). Estigma, Enfermedad Mental y Cognición Social. *Boletín del CID*, 2, 4-7.
- Brockington, I., Hall, P., Levings, J. & Murphy, C. (1993). The community's tolerance of the mentally ill. *British Journal of Psychiatry*, 162, 93-99.
- Chadwick, P., Birchwood, M. & Trower, P. (1996). *Cognitive therapy for delusions, voices, and paranoia*. New York: John Wiley.
- Corrigan, P.W. (1997). Behavior therapy empowers people with severe mental illness. *Behavior Modification*, 21, 45-61.
- Corrigan, P.W. (1998). The impact of stigma on severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 201-222.
- Corrigan, P.W. & Penn, D.L. (1997). Disease and discrimination: Two paradigms that describe severe mental illness. *Journal of Mental Health*, 6, 355-366.
- Crocker, J. & Lutsky, N. (1986). *Stigma and the dynamics of social cognition*. New York: Plenum Press.
- Díaz-Guerreo, R. y Salas, M. (1975). *El diferencial semántico del idioma español*. México D.F.: Trillas.
- Ellis, A. & Harper, R.A. (1961). *A guide to rational living*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Goffman, E. (1963). *Stigma: Notes of the management of spoiled identity*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Green, M.F. (1998). *Schizophrenia from a neurocognitive perspective: Probing the impenetrable darkness*. Boston: Allyn and Bacon.
- Holmes, E.P. & River, L.P. (1998). Individual strategies for coping with the stigma of severe mental illness. *Cognitive and Behavioral Practice*, 5, 231-239.
- Manrique, E. (1993). Estereotipos Étnicos Nacionales en Estudiantes de Tacna y Tarma. En Manrique E. y Agüero, H. *Psicología, Salud Mental y Realidad Nacional*. Lima: Mimeo.
- Manrique, E. (1997). Actitudes y Distancia Social Hacia Consumidores de Sustancias Psicoactivas. *Boletín del CID*, 1, 7= 8.
- Ridruejo, A. (1996). *Psicología Médica*. Madrid: Mc Graw Hill- Interamericana.
- Sarason, I.G. (1996). *Psicología Anormal. El Problema de la Conducta Inadaptada*. México: Prentice Hall Hispanoamericana S.A.
- Vidal Alarcón (1992). *Psiquiatría*. Buenos Aires: Editorial Médica Panamericana.